

**RUMAH SAKIT SANTA CLARA
MADIUN**

Jalan Biliton No. 15 Telp. (0351) 462688 MADIUN

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama :
Alamat :
Umur : L / P
Pekerjaan :

dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya, bahwa saya memberikan

KUASA

kepada dokter yang merawat Saya / Istri / Suami / Anak / Orang tua / lainnya yang ber :

Nama :
Alamat :
Umur : L / P
Pekerjaan :

Untuk memberikan keterangan tertulis mengenai rahasia kesehatan / penyakit saya / penderita tersebut di atas selama dirawat di Rumah Sakit Santa Clara Madiun pada tanggal
..... s/d tanggal untuk keperluan

Saya akan bertanggung jawab sepenuhnya atas akibat dibukanya rahasia tersebut dan saya menyatakan tidak akan menuntut kepada Dokter Rumah Sakit Santa Clara Madiun di kemudian hari.

Demikian surat ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa adanya paksaan dari pihak manapun.

Madiun,

Hormat saya,

