



RUMAH SAKIT
HERMINA PASTEUR
Jln. Dr. Djundjunaan No.107 Bandung 40173
Telp. (022) 6072525 ext : 151 (medical record)

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Nomor KTP :

Hubungan dengan pasien :

Selanjutnya disebut Pemberi Kuasa

Dengan ini memberikan kuasa penuh kepada :

Nama :

Alamat :

Nomor KTP :

Hubungan dengan Pemberi Kuasa :

Selanjutnya disebut Penerima Kuasa

Guna Keperluan :

Demikian Surat Kuasa ini dibuat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung,

Pemberi Kuasa

Penerima Kuasa

Materai (Rp.6000)

(.....)

(.....)