

**SURAT KUASA**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pasien :

No KTP/KK :

Tanggal lahir :

Alamat :

Dengan ini memberikan kuasa Kepada :

Nama :

No KTP :

Tanggal lahir :

Alamat :

Hubungan dengan Pasien :

Dengan ini memberi kuasa kepada Dokter/Rumah Sakit Islam Arafah Jambi untuk memberikan keterangan mengenai riwayat penyakit saya untuk dipergunakan dalam kepentingan klaim asuransi.

Demikianlah surat pernyataan ini di buat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jambi .....

Yang memberi Kuasa

Yang Menerima Kuasa

Materai 6000

( )

( )