

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat :

Selaku : Pasien/Orang Tua/Suami/Istri/Anak/Wali dari pasien dengan *Nomor
RM

Memberikan kuasa sepenuhnya kepada :

Nama :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat :

Untuk mendapatkan informasi kesehatan selama perawatan/ pengobatan saya di RSUP Sanglah
Denpasar untuk kepentingan :

.....

Demikian surat kuasa ini dibuat agar bisa dipergunakan seperlunya.

Terima kasih

Yang diberi kuasa

Denpasar

Yang memberi kuasa

**Coret yang tidak benar*