

SURAT PERNYATAAN
PEMINDAHAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama Lengkap : Laila Ainur Rahma
Alamat : Jl. Kelud No. 590 RT 19 RW 05 Kel. Maospati,
Kec Maospati, Kab. Magetan
NIK : 3520114710030001
Nomor WhatsApp/HP : 081239640530
NIM : V3922026
Program Studi/ Fakultas : D3 Teknik Informatika/Sekolah Vokasi
Nomor BPJS Kesehatan : 0001671712255

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa:

- A. Saya belum/tidak dapat melakukan pemindahan Fasilitas Pelayanan Kesehatan ke Klinik Pratama UNS Medical Center dikarenakan:
✓ Sebab lainnya: Mahasiswa UNS PSDKU Madiun
- B. Saya menyatakan (pilih salah satu):
- a. **TIDAK BERSEDIA** memindahkan fasilitas layanan kesehatan ke Klinik Pratama UNS Medical Center dengan alasan:
- ☒ Mahasiswa UNS PSDKU Madiun
 - ☒ Jarak terlalu jauh jika harus berobat ke UNS Kampus Pusat

Demikian pernyataan ini saya buat dengan penuh kesadaran tanpa ada paksaan dari pihak manapun dan penuh dengan rasa tanggung jawab.

Magetan, 10 Februari 2025



(Laila Ainur Rahma)
NIM. V3922026