|  |  |
| --- | --- |
| NIK | : ${nik} |
| Nama Lengkap | : ${nama} |
| Tanggal Lahir | : ${tgl} |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Tanggal Periksa | : ${tgl\_p} |
| Penanggung Jawab | : ${dokter} |
| No. Medrec | : ${no} |
|  |  |



JL. KH. MUCHTAR TABRANI NO 3-5 RT/RW.04/01 PERWIRA, KECAMATAN BEKASI UTARA, KOTA BEKASI

**KLINIK CAHAYA AMALIA**

**MEDICAL CHECK UP**

${foto}