

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : TEST
No. Kartu Tanda Penduduk : 2014597231571205
Alamat : test
No. Kartu BPJS Kesehatan : 1957126581297

Bertindak untuk dan atas nama diri sendiri dengan ini menyatakan :

1. Dengan ini setuju secara sukarela tanpa paksaan dari pihak manapun untuk memindahkan alamat faskes BPJS Kesehatan saya Siloam Clinic Clinic Meikarta
2. Menyerahkan dokumen-dokumen yang diperlukan sehubungan dengan pelaksanaan maksud dan tujuan pada angka 1 di atas.
3. Tidak akan melakukan keberatan dikemudian hari terhadap pemindahan faskes BPJS Kesehatan ke faskes yang telah saya sepakati serta bertanggung jawab penuh dan melepaskan Siloam Clinic atas setiap kerugian yang mungkin timbul serta kewajiban ganti rugi baik langsung maupun tidak langsung atas maksud dan tujuan dari Surat Pernyataan ini.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan penuh tanggung jawab serta tanpa adanya paksaan ataupun tekanan dari pihak manapun juga.

JAKARTA, 16 June 2022



TEST