**SURAT PENGANTAR**

Dicetak Tanggal : {tgl\_dicetak}

Dicetak Oleh : {dicetak}

**LAYANAN PROGRAM SISTEM PENANGGULANGAN KECELAKAAN KERJA (TRAUMA CENTER)**

Kepada Yth.

Kepala Bagian Pelayanan Jaminan Kecelakaan Kerja

(Trauma Center)

{nama\_rs}

{alamat\_rs}

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama lengkap : {mengetahui}

Jabatan : {jabatan\_mengetahui}

Nama Perusahaan : CV Jati Kencana

No Pendaftaran Perusahaan : LL100039

Alamat Perusahaan : Jl. Jur. PTP XVIII Ngobo, Km.2 Karangjati.

Bergas, Kab.Semarang, 50552.

Nomor Telp / Fax : (0298) 522323. Fax. (0298) 522326.

Dengan ini kami kirimkan pasien (Tenaga Kerja) :

Nama : {nama}

No Kartu Peserta : {no\_bpjs\_tk}

Tanggal dan jam Kecelakaan : {tanggal}, Jam {jam} WIB

Tempat Kecelakaan : {lokasi}

Tenaga kerja tersebut diatas benar benar karyawan di perusahaan kami dan masih aktif sebagai peserta program BPJS Ketenagakerjaan.

Demikian kami sampaikan, untuk mendapatkan pelayanan sesuai peraturan yang berlaku.

Karangjati, {tanggal\_cetak}

|  |
| --- |
| {mengetahui}  {jabatan\_mengetahui} |

**Tembusan :**

{tembusan}