



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN TIMUR
RSUD dr. MURJANI SAMPIT
Jl.HM.Arsyad No.65 Sampit Telp (0531) 21010Fax (0531) 21782
e-mail: rsdmsampit@yahoo.com

PERMINTAAN PRIVASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap :

Tanggal lahir:

1. Dengan ini menyatakan bahwa saya meminta privasi khusus kepada RSUD dr. Murjani Sampit untuk tidak memberi akses bagi pengunjung yang akan menengok/menemui saya ke ruang rawat inap saya kecuali kerabat saya yang bernama:

1.....

2.....

Demikian permintaan privasi khusus saya.

Sampit,

Pasien

Kerabat yang diberi akses

Petugas yang bertanggung jawab

(.....)

(.....)

(.....)