|  |
| --- |
| logo kotimPEMERINTAH 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  (.................................................) (...........................................) (.........................................) |