

PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT

RAHASIA

DINAS KESEHATAN
RUMAH SAKIT JIWA
SATUAN PELAYANAN KESEHATAN JIWA KOMUNITAS KLINIK UTAMA GRHA ATMA
Jalan. L.L.R.E. Martadinata No. 11 Telepon (022) 844 69 476
Fax. (022) 844 69 477 email : klinikgrhaatma@gmail.com
KOTA BANDUNG - 40115

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatanga	an dibawah ini :
Nama	:
Alamat	:
Jenis kelamin	:
melaksanakan tes M Apabila saya meeel yang tidak akurat, k	njuan untuk mengikuti seluruh prosedur tes MMPI-2 dan berjanji akan MMPI-2 ini dengan sebaik-baiknya sesuai dengan instruksi dalam tes MMPI-2. anggar peeersetujuan dan perjanjian ini, dan memberikan hasil tes MMPI-2 teadaan ini menjadi tanggungjawab saya pribadi dan tidak akan menggugat
siapapun.	
Demikian pernyataa dipergunakan sebag	an ini saya buat dengan penuh kesadaran dan rasa tanggungjawab, serta gaimana mestinya.
	Bandung, 20
	Yang menyatakan,
	()