

SURAT KETERANGAN ISTIRAHAT
MEDICAL CERTIFICATE
No. 008879/PLZ/KFD-SMT5/MC/X/2025

Yang bertanda tangan di bawah ini, Dokter Klinik Kimia Farma, menerangkan bahwa:
The undersigned, a doctor at Kimia Farma Clinic, hereby declares that:

Nama
Name : **RISKA AYUNDRA**

Tanggal Lahir
Date of Birth : **28 Oktober 2001/ October 28th 2001**

Instansi
Company : **PT. Gik Tech Berjaya Indonesia**

No. Pegawai
Badge : **F0019379**

Alamat
Address : **BATU AJI PERMAI**

No Telep/HP
Phone Number : **088279976411**

Berdasarkan pemeriksaan medis yang telah dilakukan, yang bersangkutan diketahui menderita sakit dan memerlukan istirahat selama:
Based on the medical examination conducted, the individual is diagnosed with an illness and requires a period of medical leave for:

Durasi <i>Duration</i>	Tanggal Mulai <i>Start From</i>	Tanggal Selesai <i>Until Date</i>	Klinik <i>Healthcare Facility</i>
1 Hari <i>1 days</i>	06 Oktober 2025 <i>October 6th 2025</i>	06 Oktober 2025 <i>October 6th 2025</i>	KLINIK KIMIA FARMA SP PLAZA

Demikian disampaikan agar pihak yang berkepentingan maklum, dan kepada yang bersangkutan agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.
Accordingly, this letter is issued for proper use by the concerned party.

BATAM, 06 Oktober 2025
BATAM, October 6th 2025



Drg. Julia Chrissanty Tiarida Panjaitan
SIP: MR21712409002505



Pindai untuk Verifikasi
Keaslian Dokumen
*Scan to verify the authenticity
of this document*