|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| H:\FORM EDIT\Logo kota malang jawa timur.png | PEMERINTAH KOTA MALANG  DINAS KESEHATAN  **PUSKESMAS RAMPAL CELAKET**  Jl. Simpang Kasembon No.5 Telp. (0341) 356380  [www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id](http://www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id) e-mail : [puskrampalcelaket@malangkota.go.id](mailto:puskrampalcelaket@malangkota.go.id)  MALANG Kode Pos : 65111 | H:\FORM EDIT\logo-puskesmas (1).png |

**SURAT PERNYATAAN**

**PERSETUJUAN PESERTA PRB**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ${nama\_pasien}

No. BPJS : ${no\_bpjs}

Tanggal lahir : ${tanggal\_lahir}

Alamat : ${alamat}

No. HP : ${no\_hp}

Menyatakan ketersediaan saya untuk mendaftarkan diri sebagai peserta BPJS dalam Program Rujuk Balik (PRB) dan bersedia menaati peraturan yang mengikutinya. Demikian surat pernyataan ini saya buat atas kesadaran saya sendiri tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Malang, ${tanggal\_ttd}

${nama\_pasien}

r. Ali Sahib

NIP.

dr. Ali Sahib

NIP.