



KOPERASI KREDIT SWASTIASTU
Badan Hukum No. 01/BH/KDK.22.1/XII/1998
 Jalan Laksamana Barat No. 9 Singaraja
 Telp (0362) 28684 / (0362) 3305341



FOLMULIR PENGAJUAN RAWAT INAP
KOPERASI KREDIT SWASTIASTU

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Pemohon :
 Nomor Anggota :
 Alamat :
 No Tlp / HP :

Dengan ini mengajukan permohonan dana bantuan untuk Rawat Inap

Nama Tertanggung :
 No Anggota tertanggung :
 Hubungan Keluarga dgn pemohon : (Suami / Istri / Anak)*
 Nama Rumah Sakit :No Rek Med.....
 Mulai Dirawat :
 Diagnosa Penyakit :

Demikian permohonan ini saya ajukan untuk dapat dipertimbangkan oleh Bapak / Ibu
 Pimpinan Koperasi Kredit Swastiastu dan atas terkabulnya saya ucapkan terima kasih.

Singaraja,
 Pemohon

Disetujui / Tidak disetujui
 Tgl

(.....)

(.....)

Catatan : Lingkari yang bertanda *

.....

