



**DAPERMA INKOPDIT
SANTUNAN RAWAT INAP (SRI)**



FORMULIR PERMOHONAN SANTUNAN

JENIS PAKET

NO. Sertifikat

SANTUNAN Rp./Hari :

Hari Rawat Inap

NAMA KOPERASI :

Alamat Koperasi :

KAMI MENYATAKAN DENGAN SESUNGGUHNYA :

1. Nomor & Nama Anggota

2. Usia & Nama Peserta yang dirawat-inap

3. Tgl. & Penyebab dirawat inap

4. Bukti Diri (berikan pilihan " V " yang dipilih)

KTP

KARTU KK

LAINNYA

5. Bukti Rawat Inap (berikan pilihan " V " yang dipilih)
(agar dilampirkan)

KWIT. RS

SURAT DR

LAINNYA

_____, _____ 20 ____

Direkomendasi oleh :

(_____)
Manager

(_____)
Bendahara