Nomor : 510/RSMU/DIR/V/2017 Surabaya, 26 Mei 2017

Kepada Yth.

**Kepala Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial**

**Cabang Utama Surabaya**

Di Tempat

**SURAT PENGANTAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No. | Jenis yang dikrim | Banyaknya | Keterangan |
| 1 | Laporan Kegiatan Pelayanan Kesehatan Program JKN KIS BPJS Kesehatan RS Mata Undaan Surabaya Bulan Pelayanan Februari tahun 2017  | 1 (satu) eksemplar | - |

Diterima tanggal ............................................................

Yang Menerima,

 Jabatan Plt. Direktur RS Mata Undaan Surabaya

(............................................) dr. Sudjarno W, S.pM (K)