



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Ria Sylvia Hustantini, Sp.M
Jabatan : Pelaksana Tugas Direktur
Instansi : RS. Mata Undaan Surabaya
Dengan ini menyatakan :

*** BERSEDIA / TIDAK BERSEDIA**

Menjadi Rumah Sakit Pemberi Pelayanan Kesehatan pada pasien Covid-19 di Kota Surabaya.

- Apabila bersedia, jenis pelayanan yang diberikan adalah :
 - -

- Apabila tidak bersedia karena :
Karena di RS. Mata Undaan Surabaya tidak memiliki Dokter Spesialis Paru yang kompeten untuk merawat pasien COVID-19

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar benarnya, apabila dikemudian hari terdapat keterangan yang tidak benar, kami bersedia menerima segala tindakan/sangsi yang diberikan sesuai peraturan perundangan yang berlaku

Surabaya, Juli 2020

Plt. Direktur RS. Mata Undaan, *mu.*



dr. Ria Sylvia Hustantini, Sp.M

Keterangan :

*Coret salah satu yang tidak sesuai

- Diisi : Rawat Jalan atau
Rawat Jalan dan Rawat Inap