

Surabaya, 19 Februari 2022

**Kepada Yth.
Pimpinan Rumah Sakit
U.p. Teman Sejawat Bag. Rekam Medis
Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya**

Dengan Hormat,

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Marthy Meliana Ariyanti Jalmav, S.Farm., M.Farm., Apt.
Pekerjaan : Dosen Farmasi / Praktisi Industri Farmasi
Alamat : Jl. Pecindilan IV No 19 Surabaya
NIK : 3578076001920002
No HP : 081230002309

Bersama ini mengajukan untuk mendapatkan data terkait dengan operasi yang pernah dilakukan oleh Rumah Sakit Mata Undaan kepada Ibu saya, yaitu:

Nama : **Dewi Kristanti**
Pekerjaan : **PNS**
NIK : **3578075007660001**
Nomor BPJS : **0000102280713**

Adapun keterangan tersebut akan kami gunakan tindak lanjut terapi berdasarkan rekomendasi dari TS dr. Fidela Olivia W,SpM di National Hospital (*surat pengantar rujukan terlampir*). Keterangan yang kami butuhkan untuk tindak lanjut tersebut, antara lain:

- **Ukuran lensa**
- **Merk lensa**
- **Diameter lensa**
- **Power iol**

Saya mengharapkan untuk Teman Sejawat bersedia memberikan keterangan tersebut agar kami dapat melanjutkan terapi. Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

Hormat saya,



Apt. Marthy MAJ, S.Farm.,M.Farm.