



**RS MATA
UNDAAN**

**SURAT PERNYATAAN PEMBAYARAN ANGSURAN TINDAKAN LASIK
BAGI KARYAWAN RS MATA UNDAAN SURABAYA**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Talitha Khansa Nabila
Jabatan : Refraksi Optisi
Unit Kerja : Rawat jalan
Nomor Hp : 0898 5212 034

Dengan ini menyatakan bahwa :

Saya bersedia membayar biaya tindakan lasik sebesar Rp. 10.000.000 diangsur selama 10 kali dengan nominal Rp. 1.000.000 per bulan dibayar dengan cara pemotongan gaji setiap bulan selama masa angsuran.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

Surabaya, 16 Juni 2023

Pemohon,

(Talitha K.N.)



RS MATA
UNDAAN

SURAT PERNYATAAN PEMBAYARAN ANGSURAN TINDAKAN LASIK
BAGI KARYAWAN RS MATA UNDAAN SURABAYA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Talitha Khansa Nabila
Jabatan : Refraksi Optisi
Unit Kerja : Rawat Jalan
Nomor Hp : 0898 5212 034

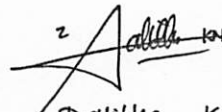
Dengan ini menyatakan bahwa :

Saya bersedia membayar biaya tindakan lasik sebesar Rp. 10.000.000 diangsur selama 10 kali dengan nominal Rp. 1.000.000 per bulan dibayar dengan cara pemotongan gaji setiap bulan selama masa angsuran.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

Surabaya, 16 Juni 2023

Pemohon,


(Talitha K.N.)