



RS MATA
UNDAAN

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

Yang bertanda tangan dibawah ini :

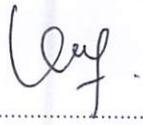
Nama : Riadi
Jabatan : Staff
Unit Kerja : IP3RS
Nomor HP : 082140242416

Dengan ini menyatakan bahwa :

Saya bersedia membayar biaya tindakan lasik sebesar Rp. 15.000.000..... diangsur selama 10 bln.....
dengan nominal Rp. 1.500.000..... per bulan dibayar dengan cara pemotongan gaji setiap bulan selama
masa angsuran.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

Surabaya, 22 Agustus 2024
Pemohon,

()