

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK
PENGAJUAN KLAIM BIAYA PELAYANAN KESEHATAN
NOMOR : 335 /RSMU/DIR/III/2023

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr. Muh. Hikam Alimy, M.Kes
Jabatan : Wadir Pelayanan Medis

Dengan ini menyatakan dan bertanggung jawab secara penuh atas hal-hal sebagai berikut:

1. Dokumen-dokumen yang dipersyaratkan dalam rangka pengajuan klaim pelayanan kesehatan peserta JKN dengan lengkap, benar, dan siap diaudit sewaktu-waktu.
2. Apabila di kemudian hari terbukti pernyataan ini tidak benar dan menimbulkan kerugian negara, kami bersedia mengembalikan kerugian tersebut dan dilakukan proses sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya.

Surabaya, 10 Maret 2023
a.n Direktur,
Wadir Pelayanan Medis,



dr. Muh. Hikam Alimy, M.Kes