



PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS  
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BANYUMAS  
Jln. Rumah Sakit No. 01. Telp. (0281) 796182, 796031, 796511  
Faks (0281) 796182 E-mail rsudbanyumas@banyumaskab.go.id  
B A N Y U M A S

**SURAT PERNYATAAN  
IZIN ORANG TUA / WALI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
No. *Hand Phone* : .....  
Alamat : .....

Orang tua / wali dari mahasiswa :

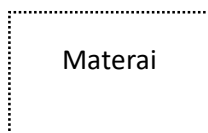
Nama : .....  
NIM : .....  
Alamat : .....  
Institusi Pendidikan : .....

Menyatakan mengizinkan mahasiswa tersebut di atas untuk praktek di RSUD Banyumas dan menyatakan tidak akan menuntut RSUD Banyumas apabila mahasiswa tersebut di atas terpapar/terinfeksi Covid-19 dan/atau terpapar/terinfeksi penyakit lain selama praktek di RSUD Banyumas.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., .....

Orang Tua / Wali Mahasiswa,



(.....)