**Lampiran E**

**KOP SATUAN**

Kota , bulan tahun

Nomor : B / / / 20...

Klasifikasi : Biasa

Lampiran : Iembar

Perihal : Keterangan Keanggotaan TNI/Polri/

PNS Kemhan/Polri

Kepada

Yth. Pimpinan Fasilitas Kesehatan

di

Tempat

1. Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : .

Pangkat/Gol :

NRP/NIP :

No. KTPA :

Kesatuan :

Alamat :

1. Adalah benar Anggota Aktif Satuan

1. Demikian disampaikan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Komandan/Kepala Unit Satuan Kerja

Nama

Pangkat/Korps/NRP

Tembusan:

1. Komando Atas
2. Jasa Raharja (khusus Laka Lalin)
3. Kepala Divisi Pelayanan PTASABRI (Persero)
4. Pimpinan (Pusat/Daerah) BPJS Kesehatan (Bila kecelakaan bukan karena dinas)