

NOTA PENAGIHAN TINDAKAN

(Gigi / Minor Surgery / Panunjang Diagnostik / dll *)

Klinik Umum / Gigi :

Nama Pasien :
 Nama Perusahaan :
 No. Kertu :
 Alamat Pasien :
 Tgl. Bln / Tahun :
 Diagnosa :
 Jenis Tindakan : 1.
 2.
 3.
 4.

Umur : th P/ 1/S/ A L/P

Rp.
 Rp.
 Rp.
Rp.
Rp.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

..... th

Pasien

Dokter **

.....
 Nama

.....
 Nama / Stempel

Lembar 1 : PT. Nayaka Era Husada
 Lembar 2 : Arsip pengirim

*) Coret yang tidak perlu
 **) Pemeriksaan hanya dilakukan dokter