**KOP RUMAH SAKIT**

**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini

|  |  |
| --- | --- |
| Nama | : |
| Jabatan | : Direktur |
| Bertindak atas nama | : Rumah Sakit ……. |
| Alamat Rumah Sakit | : |

Dengan ini kami menyatakan bahwa:

1. Menyetujui untuk dilakukan survei akreditasi rumah sakit;
2. Tidak meninggalkan rumah sakit selama survei akreditasi rumah sakit berlangsung;
3. Memberikan akses rekam medis untuk keperluan survei akreditasi rumah sakit;
4. Menyatakan bahwa semua/seluruh dokter yang melakukan praktik kedokteran di RS sudah mempunyai STR dan SIP yang masih berlaku;
5. Menyatakan bahwa semua perizinan RS masih berlaku;
6. Menyatakan bahwa pembelian obat, vaksin, perbekalan farmasi sudah melalui jalur resmi yang mempunyai kewenangan untuk menjual obat, vaksin dan perbekalan farmasi.
7. Akan memberikan data (termasuk video dan foto-foto) yang berdasarkan fakta (bukan data palsu).

Apabila ternyata ditemukan data tidak sesuai dengan kenyataan, maka memahami bahwa RS berisiko untuk tidak terakreditasi.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

|  |
| --- |
| ……………………………….,……………………..2022 |
| Rumah Sakit ………………………………………… |
| (materai 10.000) |
| **Nama Direktur** |
| **Direktur** |