SURAT KUASA PEMOTONGAN PENGHASILAN UNTUK IURAN JAMINAN KESEHATAN BAGI ANGGOTA KELUARGA LAIN

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

NIP :

NIK :

Pangkat/Gol :

Jabatan :

Satker : Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Selatan

Selaku **PIHAK PERTAMA**

Dengan ini memberi kuasa kepada:

Nama : Maysa Wilanda, S.E

NIP : 198805042022032007

Pangkat/Gol : Penata Muda Tk. I / III/b

Jabatan : Pranata Keuangan APBN Mahir

Satker : Perwakilan BKKBN Provinsi Kalimantan Selatan

Selaku **PIHAK KEDUA**

Menerangkan bahwa PIHAK PERTAMA memberi kuasa kepada PIHAK KEDUA untuk pemotongan pada gaji saya untuk iuran jaminan kesehatan bagi anggota keluarga yang lain sebesar 1% (satu persen) dari gaji per orang per bulan atas nama:

No.	Nama	No. KK	NIK	Status Hubungan Keluarga
1.				
2.				

Sebagai data pendukung terlampir dokumen kependudukan yang sah, yaitu:

1. Fotokopi Kartu Keluarga; dan
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk.

Demikian surat kuasa ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banjarmasin,

PIHAK KEDUA, PIHAK PERTAMA,

Materai

Maysa Wilanda, S.E
NIP 198805042022032007

(Nama Pegawai)
(NIP Pegawai)