

**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 : Renny Agistha, A.Md
NIP : 19860830 201012 2 004
Pangkat/Gol : III b/ Penata Muda Tk. I
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.

PIHAK KEDUA,

Banjarmasin,

PIHAK PERTAMA,

Materai

Renny Agistha, A.Md
NIP 19860830 201012 2 004

(Nama Pegawai)
(NIP Pegawai)