

SURAT PERNYATAAN
Statement Letter

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :
I, the undersigned below

Nama :
Name

Tempat dan Tanggal Lahir :
Place and date of birth

Passport No. :
No. Passport

Kewarganegaraan :
Citizenship

Dengan ini menyatakan bersedia untuk masuk karantina dan/atau perawatan dengan biaya sendiri di fasilitas karantina atau fasilitas pelayanan Kesehatan yang ditetapkan pemerintah apabila pemeriksaan PCR oleh Kesehatan Indonesia di pintu masuk negara memberikan hasil positif (+), atau terdapat gejala klinis COVID-19 sesuai protocol Kesehatan dan ketentuan peraturan perundang – undangan.

I hereby state that, I am willing to quarantine and / or get treatment by my own expense for the quarantine facility or health service facility designated by government, if the result of the PCR examination by Indonesian Healthy Center gives positive at the entrance of the country or there are clinical symptoms of COVID-19 based on the protocol and health statutory provisions.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

I believe that the facts stated in the witness statement are true.

Nama dan Tanda Tangan
Name and Sign

SURAT PERNYATAAN
Statement Letter

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :
I, the undersigned below

Nama :
Name

Tempat dan Tanggal Lahir :
Place and date of birth

Passport No. :
No. Passport

Kewarganegaraan :
Citizenship

Dengan ini menyatakan bahwa bersedia dilakukan pemantauan kesehatan selama masa karantina atau isolasi secara mandiri sesuai dengan protokol Kesehatan dan ketentuan peraturan perundang – undangan.

I hereby state that, I am willing to follow the health monitoring process during the quarantine or isolation period in accordance with health protocol and the provisions of laws and regulations.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

I believe that the facts stated in the witness statement are true.

Nama dan Tanda Tangan
Name and Sign

SURAT PERNYATAAN
Statement Letter

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :
I, the undersigned below

Nama :
Name

Tempat dan Tanggal Lahir :
Place and date of birth

Passport No. :
No. Passport

Kewarganegaraan :
Citizenship

Dengan ini menyatakan bahwa bersedia membayar secara mandiri apabila terdampak COVID-19 selama berada di Indonesia.

I hereby stated that, in case I infected with COVID-19 during my stay in Indonesia, I am willing to pay by my own expense.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

I believe that the facts stated in the witness statement are true.

Nama dan Tanda Tangan
Name and Sign