|  |
| --- |
| KOP PERUSAHAANSURAT PERNYATAANYang bertanda tangan di bawah ini:Nama : ………………………………Jabatan : ………………………………Alamat : ………………………………Dengan ini menyatakan bahwa kami akan mengikutsertakan TKA :N a m a :Warga Negara :No. Paspor :J a b a t a n :dalam program asuransi di perusahaan asuransi berbadan hukum Indonesia yang bekerja kurang dari 6 (enam) bulan paling lambat 5 (lima) hari setelah TKA yang bersangkutan mendapatkan ITAS :Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenarnya dan dapat dipergunakan sebagaimana semestinya dan kami bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku apabila kami tidak melaksanakan pernyataan tersebut. … (*tempat*), … (*tanggal-bulan-tahun*)PimpinanCap/ttdMeterai Rp 6.000(…………………………………) |
|   |
|  |