



# UNIVERSITAS KOMPUTER INDONESIA

## PROGRAM STUDI SISTEM INFORMASI

KAMPUS I : Jl. DIPATUKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2533603 BANDUNG 40132  
KAMPUS II : Jl. DIPATUKUR 112 TELP. (022) 2533676, 2506634 BANDUNG 40132  
KAMPUS III : Jl. DIPATUKUR 112 TELP. (022) 2503624, FAX. 2533754 BANDUNG 40132  
KAMPUS IV : Jl. DIPATUKUR 112 TELP. (022) 2506553, 2508412 BANDUNG 40132

### PERNYATAAN KEASLIAN



Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : BRIAN ANGGITO ABIMANYU

Nim : 10518079

Program Studi : S1

Judul : SISTEM INFORMASI ADMINISTRASI  
PELAYANAN KESEHATAN PADA KLINIK SHL

Menyatakan bahwa segala yang tertuang dalam penelitian ini adalah betul-betul ide dan hasil pemikiran asli dari saya. Bukan hasil plagiat atau hasil meniru ide, hasil pemikiran atau buah karya orang lain.

Jika dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya ini tidak benar, maka saya bersedia menerima segala sanksi hukum yang diberikan dari pihak akademik maupun pihak lain yang berwenang tanpa melibatkan siapapun.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bandung, 30 Aug 2022  
Yang Menyatakan,



BRIAN ANGGITO ABIMANYU

NIM. 1.05.18.079