UNIVERSITAS KOMPUTER INDONESIA
PROGRAM STUDI SISTEM INFORMASI
KAMPUS I : JL. DIPATI UKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2533603 BANDUNG 40132
KAMPUS II : JL. DIPATI UKUR 116 TELP. (022) 2533676, 2506634 BANDUNG 40132
KAMPUS III : JL. DIPATI UKUR 102 TELP. (022) 2503634, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : JL. DIPATI UKUR 114 TELP. (022) 2506153, 2502812 BANDUNG 40132

PERNYATAAN KEASLIAN



Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama	: Chandra M Silitonga
Nim	: 10510370
Program Studi	: Sistem Informasi
Jenjang	: Program Sarjana (Strata - I)
Judul	: SISTEM INFORMASI REKAM MEDIS PADA KLINIK RUMAH SEHAT DELIMA

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 baik dari pihak akademik maupun pihak lain yang berwenang tanpa melibatkan siapapun.

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

Bandung, 23 Jan 2016
Yang Menyatakan,



Chandra M Silitonga
10510370