# UNIVERSITAS KOMPUTER INDONESIA
## PROGRAM STUDI SISTEM INFORMASI

KAMPUS I : JL. DIPATI UKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2531000 BANDUNG 40132
KAMPUS II : JL. DIPATI UKUR 114 TELP. (022) 2534678, 2506684 BANDUNG 40132
KAMPUS III : JL. DIPATI UKUR 102 TELP. (022) 2506026, FAX. 2531754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : JL. DIPATI UKUR 116 TELP. (022) 2506024, 2506012 BANDUNG 40132

## PERNYATAAN KEASLIAN



Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

| | |
|---|---|
| Nama | : Aditya Rahmadian |
| Nim | : 10510568 |
| Program Studi | : Sistem Informasi |
| Jenjang | : Program Sarjana (Strata-1) |
| Judul | : Sistem Informasi Pelayanan Pasien Pada Klinik Bersalin Citra Harapan Bunda Cianjur |

Menyatakan bahwa segala yang tertuang dalam proposal 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 Sep 2014

Yang Menyatakan,




Aditya Rahmadian
10510568