UNIVERSITAS KOMPUTER INDONESIA
PROGRAM STUDI SISTEM INFORMASI

KAMPUS I : Jl. DIPATIUKUR 112 TELP: (022) 2504129, 2533603 BANDUNG 40132
KAMPUS II : Jl. DIPATIUKUR 112 TELP: (022) 2533676, 2506634 BANDUNG 40132
KAMPUS III : Jl. DIPATIUKUR 113 TELP: (022) 2503624, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : Jl. DIPATIUKUR 114 TELP: (022) 2506553, 2508412 BANDUNG 40132

PERNYATAAN KEASLIAN



Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: ANDIANI PUTRI
Nim	: 10512284
Program Studi	: SISTEM INFORMASI
Jenjang	: Program Sarjana (Strata - I)
Judul	: Sistem Informasi Rekam Medis Pada Klinik Yakin Cihampelas Bandung Barat

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, 22 Aug 2016

Yang Menyatakan



ANDIANI PUTRI

10512284