UNIVERSITAS KOMPUTER INDONESIA
PROGRAM STUDI SISTEM INFORMASI

KAMPUS I : Jl. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2533605 BANDUNG 40132
KAMPUS II : Jl. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2533676, 2506654 BANDUNG 40132
KAMPUS III : Jl. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2500624, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : Jl. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2506553, 2508412 BANDUNG 40132

PERNYATAAN KEASLIAN



Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: SHATRI DJATI ASELIASARI
Nim	: 10512026
Program Studi	: SISTEM INFORMASI
Jenjang	: Program Sarjana (Strata - I)
Judul	: PERANCANGAN SISTEM INFORMASI ADMINISTRASI PEMBAYARAN PADA RUMAH SAKIT UMUM AMC CILEUNYI

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, 18 Aug 2016



SHATRI DJATI ASELIASARI
10512026