UNIVERSITAS KOMPUTER INDONESIA
PROGRAM STUDI SISTEM INFORMASI

KAMPUS I : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2533603 BANDUNG 40132
KAMPUS II : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2533676, 2506634 BANDUNG 40132
KAMPUS III : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2503024, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2506553, 2508412 BANDUNG 40132

PERNYATAAN KEASLIAN



Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama	: ASTA TRI FAUZI
Nim	: 10512189
Program Studi	: SISTEM INFORMASI
Jenjang	: Program Sarjana (Strata - I)
Judul	: SISTEM INFORMASI ADMINISTRASI PELAYANAN KESEHATAN PADA KLINIK PRATAMA FARMATAMA BANDUNG

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 Dec 2016
Yang Menyatakan,



ASTA TRI FAUZI
10512189