



SURAT DEKLARASI KESEHATAN
HEALTH DECLARATION QUESTIONNAIRE
RUPST PT BERLINA Tbk



Jl. Jababeka Raya Blok E 12 – 17 Kawasan Industri Jababeka Cikarang, Kabupaten Bekasi, Jawa Barat 17530

Tanggal Kunjungan Date of Visit	: 20 - 08 – 2021	Nama Perusahaan Company's Name	:
Nama Pengunjung Visitor's Name	:	Jabatan Title/Position	:
Usia Age	:	Tujuan Kunjungan Purpose of Visit	: RUPST PT Berlina Tbk
Nomor Telepon Phone Number	:	Hasil Cek Temperatur Badan Body Temperature Check Result	:

Dear Guest,

Untuk mencegah penyebaran virus COVID-19, kami meminta Anda untuk mengisi informasi di bawah ini dengan jujur. Pastikan Anda selalu menggunakan masker pribadi serta selalu membawa hand sanitizer Anda sendiri. Jika Anda tidak memenuhi semua persyaratan berikut, maka Anda tidak diperkenankan mengikuti RUPST PT Berlina Tbk, 20 Agustus 2021.

To prevent the spread of COVID-19, we would like you to fill below information truthfully. Please always use face mask and carry your own hand sanitizers to protect yourself. If you do not meet all of the following requirements, then you are not allowed to participate in the AGMS of PT Berlina Tbk on August 20, 2021.

Pertanyaan Mohon isi pertanyaan dibawah ini
Questions Please fill this form

No	Pertanyaan/Question	Jawaban/Answer
1	Bagaimana kondisi kesehatan Anda saat ini? What is your current health condition? Jika Anda merasa Tidak sehat, bagaimana gejalanya? If you are unfit/sick, what are the symptoms?	<input type="checkbox"/> Sehat/Fit <input type="checkbox"/> Gejala Flu/Flu Symptoms <input type="checkbox"/> Batuk Kering/Dry Coughs <input type="checkbox"/> Demam/ Fever <input type="checkbox"/> Tidak Sehat/Unfit <input type="checkbox"/> Flu <input type="checkbox"/> Batuk Berdahak/ Cough with phlegm <input type="checkbox"/> Lain-lain/ Others
2	Apakah pernah mengalami gejala pada point 1 dalam 14 hari ke belakang? Have you experienced any of the symptoms at point 1 in the past 14 days?	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No
3	Apakah pernah kontak dengan orang suspect positif Covid/ orang yang memiliki gejala batuk, flu, demam (>37.3°C) dalam 14 hari terakhir? Did you make any contact with person who is positive Covid or person with symptoms of cough, flu, fever (>37.3°C) within last 14 days?	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No
4	Apakah Anda pernah mengunjungi fasilitas kesehatan terkait kasus Covid dalam 14 hari terakhir ? Have you ever visited healthcare facility related to Covid case in the past 14 days ? Jika Ya, kenapa? If Yes, why?	<input type="checkbox"/> Ya/ Yes <input type="checkbox"/> Tidak/ No Sebutkan/Mention :

Dengan ini saya melampirkan **Hasil Test Swab Antigen "Negatif"** dengan pemeriksaan maksimum 24 jam sebelum RUPST diselenggarakan dan menjamin informasi yang sudah diberikan adalah benar dan dapat dipercaya. I hereby attach **The Result Of The Antigen Swab Test "Negative"** with the test taken within 24 hours before the AGM and certify that all the information above is true and reliable.

Status (Accepted - Not Accepted)

Note :

Tanda Tangan dan Nama Terang
Signature and Full Name

Pengunjung - Visitor

Penanggung Jawab - Person In Charge

(.....)

(.....)