



**SURAT DEKLARASI KESEHATAN
HEALTH DECLARATION QUESTIONNAIRE**



RUPST PT BERLINA Tbk

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

Tanggal Kunjungan Date of Visit	: 20 - 01 – 2022	Nama Perusahaan Company's Name	:
Nama Pengunjung Visitor's Name	:	Jabatan Title/Position	:
Usia Age	:	Tujuan Kunjungan Purpose of Visit	: RUPS LB 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 diizinkan mengikuti RUPS LB PT Berlina Tbk, 20 Januari 2022.

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 EGMS of PT Berlina Tbk on January 20, 2022.

Pertanyaan Questions Mohon isi pertanyaan dibawah ini
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, Apa penyebabnya? If you are unfit/sick, what are the cause of it?	<input type="checkbox"/> Sehat/Fit <input type="checkbox"/> Tidak Sehat/Unfit <input type="checkbox"/> Gejala Flu/Flu Symptoms <input type="checkbox"/> Flu <input type="checkbox"/> Batuk Kering/Dry Coughs <input type="checkbox"/> Batuk Berdahak/ Cough with phlegm <input type="checkbox"/> Demam/ Fever <input type="checkbox"/> Lain-lain/ Others
2	Bagaimana kondisi kesehatan Anda 14 hari kebelakang? What is your '14 days before' health condition?	Sebutkan/Mention :
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? Have you ever visited healthcare facility related to Covid-19 case? 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 RUPS LB diselenggarakan dan menjamin informasi yang sudah diberikan adalah benar dan dapat dipercaya. I hereby attach The Result Of The Antigen Swab Test "Negative" with test taken maximum 24 hours before the EGMS and certify that all the information above is true and reliable.

- Nama RS/klirik (Hospital/Clinic Name) :
- Tanggal dan jam tes (Test date and time) :
- Hasil (Result) :

Status (Accepted - Not Accepted)

Note :

Tanda Tangan dan Nama Terang
Signature and Full Name

Pengunjung - Visitor

Penanggung Jawab - Person In Charge

(.....)

(.....)