



**HEALTH DECLARATION QUESTIONNAIRE  
RUPS LB PT BERLINA Tbk**



Gedung Tifa, lantai 11, Jl. Kuningan Barat 1 No.26, RT.6/RW.1, Mampang Prapatan, Jakarta Selatan, 12710

|                                    |                  |   |                          |
|------------------------------------|------------------|---|--------------------------|
| Tanggal Kunjungan<br>Date of Visit | : 04 - 05 - 2021 | Nama Perusahaan<br>Company's Name                           | :                        |
| Nama Pengunjung<br>Visitor's Name  | :                | Jabatan<br>Title/Position                                   | :                        |
| Usia<br>Age                        | :                | Tujuan Kunjungan<br>Purpose of Visit                        | : RUPS LB PT Berlina Tbk |
| Nomor Telepon<br>Phone Number      | :                | Hasil Cek Temperatur Badan<br>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, 4 Mei 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 EGMS of PT Berlina Tbk on May 4, 2021.

Pertanyaan

Mohon isi pertanyaan dibawah ini

Questions

Please fill this form

| No | Pertanyaan/Question  | Jawaban/Answer                                   |  |
|----|--|--|--|
| 1. | Bagaimana kondisi kesehatan Anda saat ini<br>What is your current health condition?<br>Jika Anda merasa Tidak sehat, Apa penyebabnya ?<br>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  | Apakah ada kontak orang yang memiliki gejala batuk, flu, demam (>37.3°C) dalam 14 hari terakhir?<br>Did you make any contact with person with symptoms of cough, flu, fever (>37.3°C) within last 14 days? | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes                 | <input type="checkbox"/> Tidak/ No                         |
| 3  | Apakah Anda pernah mengunjungi fasilitas kesehatan terkait kasus Covid-19 ?<br>Have you ever visited healthcare facility related to Covid-19 case?<br>Jika Ya, kenapa?<br>If Yes, why ?                    | <input type="checkbox"/> Ya/ Yes                 | <input type="checkbox"/> Tidak/ No                         |

Dengan ini saya melampirkan Hasil Test Swab Antigen tanggal 3-4 Mei 2021, dan menjamin informasi yang sudah diberikan adalah benar dan dapat dipercaya. I hereby attach The Result Of The Antigen Swab Test on May 3 until 4, 2021, 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

(.....)

(.....)