

Jl. Gaya Motor II No. 1, Sunter II, Jakarta Utara 14330
 Telp. (021) 65835585, Ext 170 Fax. (021) 29384607,
 Info whatsapp Koperasi **0895 0686 5000**

**FORMULIR PERMOHONAN PINJAMAN SWAB TES PCR
 ANGGOTA KOPERASI KARYAWAN SIGAP PRIMA ASTREA**

I. DATA ANGGOTA PEMOHON

Nama :
 NPK / ID Koperasi :
 Keanggotaan sejak :
 Alamat Rumah :
 Instalasi :
 No. HP/ Telepon :

II. PINJAMAN ANGGOTA

Besarnya Pinjaman : Rp.....
 Terbilang :
 Rencana Pelunasan : bulan (maksimal 3 bulan)
 Keperluan pinjaman : Swab Tes PCR
 Pencairan Pinjaman Ditransfer ke : Nama Pemilik Rek :
 Nama Bank :
 Cabang :
 No. Rekening :

Demikian permohonan pinjaman ini kami sampaikan kepada Pengurus Koperasi Karyawan Sigap Prima Astrea untuk dapat disetujui. Atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Jakarta,, 20...

Disetujui oleh,	Tanda Tangan
(KopKar SPA) (HRD SPA/SGP) (Kepala Departemen)	(Pemohon)

SURAT PERNYATAAN DAN KUASA

Bahwa saya yang bertandatangan dibawah ini, dengan ini memberikan kuasa kepada HC/Personalia/Payroll/Juru bayar untuk;

1. Memotong gaji saya pada penggajian selama 3 x periode penggajian atas pengajuan pinjaman untuk keperluan swab tes PCR dan selanjutnya disetor ke rekening Koperasi Karyawan Sigap Prima Astrea
2. Memotong gaji saya untuk biaya administrasi atas pinjaman ini sebesar Rp. 25.000,-
3. Memotong dari simpanan saya yang ada di Koperasi Karyawan Sigap Prima Astrea dan dari penghasilan saya yang ada di Perusahaan dalam bentuk apapun tanpa kecuali jika dikemudian hari terjadi mutasi, pengunduran diri atau PHK terhadap saya guna pelunasan seluruh hutang pokok ditambah bunga serta biaya-biaya lainnya yang terutang kepada Koperasi Karyawan Sigap Prima Astrea

Yang memberi pernyataan dan kuasa	Mengetahui HRD SIGAP	Persetujuan Koperasi
Materai 10.000		
Nama :	Nama :	Nama :

Persyaratan : - Melampirkan rekomendasi dari pihak terkait untuk melakukan swab tes PCR
 Melampirkan foto copy ID Card dan KTP