

**FORM DEKLARASI KESEHATAN  
RISIKO COVID-19**

Tanggal : 12 Agustus 2020  
Acara : Rapat Umum Pemegang Saham Tahunan PT Buana Finance Tbk

Nama :

No HP :

Institusi :

Mohon pilih **YA** atau **TIDAK** dengan memberi tanda silang (X) untuk setiap pertanyaan di bawah ini. Kami sangat menghargai kejujuran Anda dalam menjawab pertanyaan yang diberikan.

No	Pertanyaan	YA	TIDAK	Diisi Petugas
1	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah melakukan perjalanan ke luar kota atau ke luar negeri yang dinyatakan sebagai wilayah yang terjangkit COVID-19/Zona merah?			
2	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir melakukan kontak erat dengan orang yang dinyatakan ODP, PDP, atau confirm COVID-19?			
3	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah mengalami demam/batuk/pilek/sakit tenggorokan/sesak napas?			
4	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah mengikuti kegiatan yang melibatkan orang banyak, baik di dalam ruangan maupun luar ruangan?			
5	Apakah anda dalam kurun waktu 14 hari terakhir pernah melakukan rapid test atau swab test dengan hasil test reaktif atau positif?			

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dan ditandatangani dengan sebenar-benarnya agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ tanggal \_\_\_\_\_

**Tanda tangan dan nama jelas,**

( \_\_\_\_\_ )