**SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/**

**FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI**

Yang bertandatangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ………………………………………………………………………….. |
| Jabatan | : | ………………………………………………………………………….. |
| Nama Fasilitas Kefarmasian | : | ………………………………………………………………………….. |
| Alamat sarana | : | …………………………………………………………………………....................................................................................................... |
| No. Telp/HP | : | ………………………………………………………………………….. |
| Email | : | ………………………………………………………………………….. |

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ………………………………………………………………………….. |
| Tempat, Tanggal Lahir | : | ………………………………………………………………………….. |
| Alamat Rumah | : | …………………………………………………………………………......................................................................................................... |
| No. Telp/HP | : | ………………………………………………………………………….. |
| Email | : | ………………………………………………………………………….. |
| No. STRA | : | ………………………………………………………………………….. |
| Masa Berlaku STRA | : | ………………………………………………………………………….. |

Untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Bontang, ………………………20…… |
|  |  |  | Yang Membuat Keterangan |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  | ………………………………………….. |