**SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI**

Yang bertandatangan di bawah ini,

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

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Apoteker pada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Fasilitas Kefarmasiaan | : | ………………………………………………………………………….. |
| Alamat | : | …………………………………………………………………………..  ....................................................................................................... |

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

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