

KOP SARANA

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN

Yang bertandatangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Sarana :
Alamat Sarana :
Telepon :
No. HP :
Email :

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama lengkap :
TTL :
Alamat rumah :
Telepon :
No. HP :
Email :
No. STRA :
Masa berlaku :(tgl/bln/th)

STRA

Untuk bekerja sebagai Apoteker Pendamping di fasilitas yang saya pimpin.

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

Nama kota, tanggal bulan tahun
Yang membuat keterangan

(.....)