Formulir 5

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/ FASILITAS PRODUKSI

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :

Jabatan :

Nama Fasilitas Kefarmasian :

Alamat Fasilitas Kefarmasian :

Telepon : -

Nomor Handphone : 085643416332

E-mail : fithrul.mubarok23@gmail.com

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap : M. Fithrul Mubarok

Tempat, tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Telepon : -

Nomor Handphone : 085643416332

E-mail : fithrul.mubarok23@gmail.com

No. STRA :

Masa berlaku STRA sampai :

untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

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

Jokarta, 29 September 2017

Yang membuat keterangan,