KOP SARANA



**SURAT KETERANGAN**

**PENANGGUNGJAWAB FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN**

**Yang bertandatangan di bawah ini :**

Nama dan Gelar :

Nomor STR :

Nama Sarana :

Alamat Sarana :

Jabatan :

**Menyatakan bahwa :**

Nama dan Gelar :

Tempat, Tanggal Lahir :

Nomor STR :

Masa Berlaku STR :

**Bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian di fasilitas yang saya pimpin, yaitu :**

Nama Sarana :

Alamat :

SIPTTK Ke- : 1 / 2 / 3 (*Lingkari yang diperlukan*)

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

|  | ……………,…………………Hormat saya,Apoteker Penanggungjawab Sarana(............................................) |
| --- | --- |