Form-13

KOP INSTANSI/SARANA

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap dan gelar | : |  |
| Jabatan | : |  |
| Nama Instansi/Fasilitas | : |  |
| Alamat Instansi/Fasilitas | : |  |
| Nomor Hp | : |  |

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama lengkap dan gelar | : |  |
| Tempat, tanggal lahir | : |  |
| Alamat rumah | : |  |
|  |  |  |
| Nomor Hp | : |  |
| E-mail | : |  |
| No. STRA | : |  |
| Masa berlaku STRA | : |  |
| (tanggal, bulan, tahun) |  |  |

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Sarana | : |  |
| Alamat | : |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | ......................., ...................................................  Hormat kami  ............................................................... |

*Keterangan :*

* *Penulisan nama disertai gelar*
* *Tanda tangan dilengkapi stempel sarana*