Form-21

**SURAT PERNYATAAN**

**TIDAK MENJADI PENANGGUNG JAWAB DI SARANA FARMASI LAIN**

Yang bertandatangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap dan gelar | : |  |
| Tempat, tanggal, lahir | : |  |
| Alamat Rumah | : |  |
| Telepon | : |  |
| Nomor Hp | : |  |
| E-mail | : |  |
| No. STRTTK | : |  |
| Masa berlaku STRTTK sampai | : |  |
| (tanggal, bulan, tahun) |  |  |

Dengan ini menyatakan bahwa saya hanya bekerja sebagai penanggungjawab Toko Obat di :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Fasilitas Kefarmasian | : |  |
| Alamat | : |  |

Dan tidak menjadi penanggungjawab di sarana farmasi lain.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonnan SITO.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Tempat, tanggal bulan tahunYang membuat pernyataan,Materai 10000.......................................... |