Form-25

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN DATA

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap dan gelar :

Nama Unit Layanan :

Alamat Unit Layanan :

Jabatan :

No.KTP :

No. HP :

No. Fax :

Email Apotek :

Menyatakan bahwa semua data yang saya kirimkan pada Aplikasi Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika adalah data yang sesuai dengan kondisi unit layanan kami.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dalam keadaan sadar tanpa tekanan dari pihak manapun.

Hormat Kami,

Slawi, ........................

Materai 10.000

**NAMA LENGKAP**

Jabatan