

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Profesi :
No STR :
Masa Berlaku STR :
Alamat : Jl.
RT RW Kel. Kec.
Kab/Kota

Dengan ini menyatakan bahwa saya berkomitmen untuk segera mengurus SIP setelah perizinan berusaha klinik terbit untuk praktik di :

Klinik :
Alamat Klinik : Jl.
RT RW Kel. Kec.
Kab/Kota
Hari dan Jam Praktek :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui,
Pimpinan Klinik

Bandung,
Yang Membuat Pernyataan

(materai)

.....