

DAFTAR ALAT PERLENGKAPAN APOTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Pemilik : Apotek
Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa Apotek tersebut telah memiliki kelengkapan peralatan sebagai berikut :

No	Jenis Peralatan	Jumlah	Keterangan

.....
Pemohon,

Materai
Rp6.000,-
(.....)