

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,-

(.....)