

**SURAT PERNYATAAN TIDAK TERLIBAT PELANGGARAN  
PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN DI BIDANG OBAT**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Jabatan : .....  
Alamat : .....  
.....

Dengan ini menyatakan bahwa :

- 1. Tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat
- 2. Bersedia mentaati peraturan perundang – undangan yang berlaku dalam bidang pelayanan kesehatan swasta.
- 3. Sanggup mentaati petunjuk serta bimbingan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui  
Apoteker Pengelola

Kalianda, .....20.....  
Yang membuat pernyataan

*Materai Rp. 6.000*

(.....)

(.....)