

SURAT KETERANGAN DELEGASI

Sehubungan dengan akan diadakannya pada tanggal :

maka saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

NIK :

Jabatan :

Dengan ini memberikan pelimpahan wewenang/delegasi kepada:

Nama :

NIK :

SIPA/SIPTTK :

Jabatan :

Untuk melaksanakan pelayanan kefarmasian pada pasien, di Apotek Wellings Sunter pada tanggal

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam menjalankan tugas pelimpahan wewenang:

1. Mengacu pada SOP Pelayanan Klinis yang berlaku di Apotek Wellings.
2. Melaporkan hasil kegiatan pelayanan kepada pemberi tugas (Apoteker).

Demikian surat pelimpahan wewenang Apoteker ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta,

Apoteker Pengelola Apotek

.....