

## SURAT KETERANGAN DELEGASI

Sehubungar	dengan akan diadakannya pada tanggal:
maka saya y	ang bertanda tangan dibawah ini:
Nama	:
NIK	:
Jabatan	:
Dengan ini	nemberikan pelimpahan wewenang/delegasi kepada:
Nama	:
NIK	:
SIPA/SIPT7	K:
Jabatan	:
pada tangga Hal-hal yan 1. Mengacu	sanakan pelayanan kefarmasian pada pasien, di Apotek Wellings Sunter perlu diperhatikan dalam menjalankan tugas pelimpahan wewenang: pada SOP Pelayanan Klinis yang berlaku di Apotek Wellings. an hasil kegiatan pelayanan kepada pemberi tugas (Apoteker).
Demikian sı mestinya.	rat pelimpahan wewenang Apoteker ini dibuat untuk dipergunakan sebagaiman
	Jakarta,
	Apoteker Pengelola Apotek