

Surat Pesanan Psikotropika/Prekursor Farmasi/Obat-Obat Tertentu

_Nomor :

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan :

Mengajukan Pesanan Psikotropika/Prekursor Farmasi/Obat-Obat Tertentu kepada :

Nama PBF : PT. ERA CARING INDONESIA

Alamat : Komplek 1000 Ruko Fantasy Blok Z8 No. 8, Kelurahan Cengkareng
Barat, Kecamatan Cengkareng, Jakarta Barat

Telepon :

Dengan Item Obat Psikotropika/ Prekursor Farmasi/Obat-Obat Tertentu yang dipesan adalah:

No	Nama Obat Psikotropika/ Prekursor/ Obat-Obat Tertentu	Zat Aktif Psikotropika/ Prekursor/ Obat-Obat Tertentu	Bentuk dan Kekuatan Sediaan	Satuan	Jumlah (dalam angka dan huruf)

Obat Psikotropika/Prekursor Farmasi/Obat-Obat Tertentu tersebut akan digunakan untuk keperluan :

Nama Apotek :

Alamat :

Nomor Izin :

Nomor telp :

<kota/kab>, tgl-bulan-tahun

<stempel sarana>

(Nama APJ)

No. SIPA :