

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu
Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Purwakarta
di Purwakarta

Perihal : Pemenuhan Komitmen
Jenis Perizinan :
Lampiran : 1 (satu) berkas

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat, Tanggal Lahir :
Pekerjaan :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten
Jabatan dalam Perusahaan :
Nomor Telp./HP :

Dengan ini bermaksud menyelesaikan komitmenatas nama :

Nama Perusahaan :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta
NPWP Perusahaan :
Nomor Telp./Fax. :
Kegiatan Usaha :
Nomor Induk Berusaha :

Bersama ini saya lampirkan dokumen yang valid dalam rangka pemenuhan komitmen perizinan berusaha sesuai dengan peraturan yang berlaku. Demikian, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Purwakarta,

Pemohon,



.....

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten

Dengan ini menyatakan bahwa saya adalah Penanggung Jawab Klinik Pratama / Utama *):

Nama Klinik :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), akan sanggup tunduk dan patuh terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan sanggup dikenakan sanksi apabila melakukan pelanggaran.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....

*) Coret yang tidak perlu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten

Selaku penanggung jawab Klinik Pratama / Utama *) :

Nama Klinik :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), tidak akan menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....

*) Coret yang tidak perlu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten

Selaku penanggung jawab Klinik Pratama / Utama *) :

Nama Klinik :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), kami sanggup untuk :

1. Melaksanakan pendataan dan pengiriman laporan penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Penyakit Tidak Menular (PTM) sesuai ketentuan;
2. Menjadi pembina desa/kelurahan dalam penanganan permasalahan kesehatan di desa/kelurahan setempat.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....

*) Coret yang tidak perlu

KOP KLINIK

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten

Selaku penanggung jawab Klinik Pratama / Utama *):

Nama Klinik :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), kami sanggup untuk :

1. Membina 1 (satu) Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang diketahui Pimpinan Posyandu;
2. Membina 1 (satu) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang diketahui Kepala Sekolah bersangkutan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....

*) Coret yang tidak perlu

Mengetahui :

Pimpinan Pos Pelayanan Terpadu
.....

Kepala Sekolah
.....

(.....)

(.....)