**PEMERINTAH KOTA BANJARMASIN**

**DINAS KESEHATAN**

Jalan Pramuka Kompl. Tirta Dharma (PDAM) KM.6 Banjarmasin Kode Pos 70249

Telepon. (0511)4281348 Faks (0511)4281348

E-mail: dinkes@banjarmasinkota.go.id Website: www.dinkes.banjarmasinkota.go.id

**SURAT PERNYATAAN MELAKSANAKAN TUGAS**

Nomor: 821/ ${nomor} - Sekr / Diskes

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : **${nama1}**
2. NIP : ${nip1}
3. Pangkat / Golongan Ruang : ${pangkat1}
4. Jabatan : ${jabatan1}

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Nama : **${nama2}**
2. NIP : ${nip2}
3. Pangkat / Golongan Ruang : ${pangkat2}
4. Jabatan : ${jabatan2}
5. Surat Keputusan Mutasi :
6. Pejabat yang menetapkan : ${pejabat}
7. Nomor : ${nomormutasi}
8. Tanggal : ${tanggal}
9. TMT berlakunya : ${tmt}

Telah nyata melaksanakan tugasnya sejak tanggal ${sejak} sebagai tenaga ${sebagai} pada ${pada} Kota Banjarmasin.

Demikian surat pernyataan ini di buat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banjarmasin, ${ditetapkan}

Kepala Dinas Kesehatan

${namakadis}

${pangkatkadis}

NIP. ${nipkadis}