

**PERMINTAAN BARANG**  
**No. AMP.5**

**Gudang Asal** : Gudang Farmasi (Central)  
**Gudang Tujuan** : Gudang Pelayanan Obat (Apotik)  
**Untuk Permintaan** :

No	Kode	Nama Item	Qty	Satuan
1		ACYCLOVIR CR	1	TUBE

Mengetahui,  
Kepala Instalasi Farmasi

Jakarta, \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

Apoteker Koordinator Perbekalan