

**PERMINTAAN BARANG**

**No. AMP.6**

**Gudang Asal** : Gudang Pelayanan Obat (Apotik)

**Gudang Tujuan** : Gudang Farmasi (Central)

**Untuk Permintaan** :

No	Kode	Nama Item	Qty	Satuan
1		ACYCLOVIR CR	2	TUBE

Mengetahui,  
Kepala Instalasi Farmasi

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

Apoteker Koordinator Perbekalan