



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
Nama Lengkap : DWI ISHMI NOVANTI
Unit/Divisi/Komite : FARMASI
No. Telepon/Ext : 1110 / 1109
E-mail : dwiishmi2@gmail.com

Tanggal : 03.02.2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 001/F/FAR/RSIH/11/2022
No/Kode RM : - (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : -
Buffer stock : -
Proses PO : 2 Minggu
Waktu : -

Paraf

Y

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
digunakan sebagai formulir/berkas serah terima pembelian
mohon beli ke Apotek rujukan, dan digunakan untuk pengajuan
pembayaran tagihan dari Apotek rujukan

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Tanda Tangan
Pemohon,

DWI ISHMI N

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik

Tanda Tangan

AKAN DIBAYAR SEJAK FORMAT, 1/2 PK 2 PK NCR

Y

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Tanda Tangan

ACC.

dr. Iva

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

Rekam Medik

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

tidak masuk ke pendaftaran
Rekam Medis

3/2 22
Hmz Agung

No. Form disesuaikan.

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan

ACC.

dr. Iva

AU

dr. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 21110103633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)



FORMULIR MOHON BELI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Jabatan :
Nama sarana : Rumah Sakit Intan husada

MB Obat Kepada :
Nama Sarana :

Dengan rincian barang yang akan di MB adalah :

No	Nama Obat	Jumlah

Demikian surat mohoin beli ini dibuat agar dapat digunakan sebagaimana mestinya

Yang Menyerahkan Obat

(.....)

Garut,.....

Yang Menerima Obat

(.....)



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR MOHON BELI
002/F/FAR/RSIH/II/2022 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Formulir Mohon Beli (MB) adalah berkas berisikan informasi mengenai proses serah terima pembelian sediaan farmasi MB ke Apotek rujukan

2. TUJUAN

Untuk menggantikan Surat Pesanan (SP) yang ditunjukkan ke Apotek Rujukan

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk melakukan proses serah terima pembelian sediaan farmasi MB ke Apotek rujukan

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Apoteker Penanggung Jawab
- b. Apoteker Koordinator Depo
- c. Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK)

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Mohon Beli diisi oleh Apoteker/TTK

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Rumah Sakit		
Nama	Diisi nama Lengkap Apoteker/TTK yang melakukan MB	Apoteker/TTK
Jabatan	Diisi dengan jabatan Apoteker/TTK yang melakukan MB	Apoteker/TTK
Nama Sarana	Diisi Rumah Sakit Intan Husada (RSIH)	Apoteker/TTK
Identitas Apotek rujukan		
Nama Sarana	Diisi dengan nama Apotek rujukan	Apoteker/TTK
Keterangan Barang		
No	Diisi dengan nomor	Apoteker/TTK
Nama Obat	Diisi dengan nama Sediaan Farmasi yang di MB	Apoteker/TTK
Jumlah	Diisi dengan jumlah Sediaan Farmasi yang di MB	Apoteker/TTK
Tanda Tangan (TTD) yang menyerahkan	Diisi dengan TTD Petugas Apotek rujukan	Apoteker/TTK
Tanda Tangan (TTD) yang menerima	Diisi dengan TTD Petugas RSIH	Apoteker/TTK