

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 17050292187
 Nama Lengkap : Milla Sofariah
 Unit/Divisi/Komite : Pengeluaran / Keuangan dan Pkls
 No. Telepon/Ext : 082118552767
 E-mail : Milla.Sofariah@gmail.com

Tanggal : 05 Maret 2024

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 002 / F / Pkls / RSIH / III / 2024 (Rev. 02)
 No/Kode RM : (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	
Buffer stock :	
Proses PO :	
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Terkib Administrasi Unit Pengeluaran

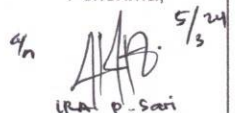
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

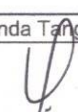

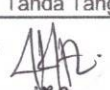

Milla S

Tanda Tangan
Penerima,


Milla P. Sari

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Di cetak sesuai kebutuhan			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC / (Cek sesuai)			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		ditandatangani	a/n  5/3
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		ACC	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



FORMULIR PERMOHONAN PEMBAYARAN
≤ Rp. 1.000.000,-

Diajukan Oleh :
Untuk Pembayaran :
Total Pembayaran :
Ditujukan kepada :
Nama Bank/Cabang :
No Rekening :
A/N Rekening :
Tanggal Pembayaran :
No Formulir :
Dengan Rincian Sebagai Berikut

KETERANGAN	NOMINAL
TOTAL	Rp -

Dibuat Oleh

Verifikasi

Kusdinar, SIP
Staf Pengajuan

Mila Sofariah, SE
Kanit Pengeluaran

Disetujui

Menyetujui Untuk Dibayar

Wahyu Suprayogo, SE., MM
Manajer Keuangan dan PKRS

drg. Muhammad Hasan, MARS
Direktur

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PERMOHONAN PENGAJUAN PEMBAYARAN < Rp. 1000.000
002/F/PGN/RSIH/III/2024 (REV.02)

1. PENGERTIAN

Permohonan Pengajuan Pembayaran merupakan kegiatan yang dilakukan untuk pembayaran terhadap keperluan Operasional Rumah Sakit dibawah nominal Rp. 1.000.000,-

2. TUJUAN

Terpenuhinya keberlangsungan Operasional Rumah Sakit

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk kepentingan permohonan pengajuan pembayaran

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Unit Pengeluaran Keuangan

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Pengisian formulir permohonan pengajuan pembayaran diisi oleh staf pengajuan

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Diajukan	Diisi Rumah sakit yang mengajukan kepada PT Rumah Sakit	Diisi oleh staf Pengajuan
Untuk Pembayaran	Diisi berdasarkan untuk pembayaran apa	Diisi oleh staf Pengajuan
Total Pembayaran	Diisi sesuai dengan nominal yang harus dibayar	Diisi oleh staf Pengajuan
Ditujukan Kepada	Diisi berdasarkan nama vendor yang akan dibayar	Diisi oleh staf Pengajuan
Nama bank / cabang	Diisi berdasarkan nama bank dan cabang bank yang digunakan oleh vendor untuk menerima pembayaran	Diisi oleh staf Pengajuan
No Rekening	Diisi berdasarkan no rekening vendor, jika	Diisi oleh staf Pengajuan

	pembayaran dilakukan dengan cara transfer	
A/N Rekening	Diisi berdasarkan nama rekening pemilik vendor	Diisi oleh staf Pengajuan
Tanggal pembayaran	Diisi berdasarkan tanggal pencairan yang sudah ditentukan	Diisi oleh staf Pengajuan
No Formulir	Diisi berdasarkan tanggal pencairan, nomor formulir, bulan dan tahun berjalan	Diisi oleh staf Pengajuan
Keterangan	Diisi berdasarkan rincian nama barang yang dibeli / nomor faktur	Diisi oleh staf Pengajuan
Dibuat Oleh	Diisi dengan tanda tangan staf pengajuan	Diisi oleh staf Pengajuan
Verifikasi	Diisi dengan tanda tangan Kanit Pengeluaran setelah memverifikasi berkas pengajuan pembayaran	Diisi oleh Kanit Pengeluaran
Disetujui	Diisi dengan tanda tangan Manajer Keuangan dan PKRS	Diisi oleh Manajer Keuangan dan PKRS
Menyetujui untuk dibayar	Diisi dengan tanda tangan Direktur RS	Diisi oleh Direktur RS