

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 140 80 17 80 32
 Nama Lengkap : R. Imor Nugman, SE
 Unit/Divisi/Komite : Tim Aset Tetap
 No. Telepon/Ext : 085211572223
 E-mail : lnugman72@gmail.com

Tanggal : 02 Februari 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 003/F/ASET/RSIH/II/2022
 No/Kode RM : - (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : -	
Buffer stock : -	
Proses PO : 2 MPOS	
Waktu :	
Paraf	 Rani Setia Utami

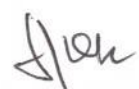
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 sebagai bukti sudah dilakukan pemrosesan terhadap Aset baik fisik dan administratif serta uji fungsi.

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,


 R. Imor Nugman, SE

Tanda Tangan
Penerima,


 Rani Setia Utami
 NIP. 15070293069

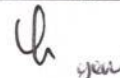
Masukan/Saran

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

Logistik

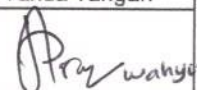
Akan dicetak sesuai format ukuran 4 3/4

Tanda Tangan


 Rani Setia Utami

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Tanda Tangan


 Rani Setia Utami

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

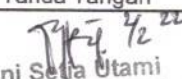
Rekam Medik

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

no form disesuaikan


 Rani Setia Utami
 NIP. 15070293069

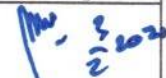
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan


 Rani Setia Utami


 Rani Setia Utami

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



Lantai Ruangan		Unit/Ruangan	
Divisi			

Prinsipal		
Data Alat	Nama Alat	
	Merk	
	Model/Type	
	SN	
	Pabrikan	
No. Asset RSIH		

Berkas Dokumentasi	<input type="checkbox"/> Uji Fungsi	<input type="checkbox"/> Kelengkapan aksesoris (List Terlampir)
Terlampir	<input type="checkbox"/> Salinan PO/KO	
	<input type="checkbox"/> Test Sertifikat pabrik/QC	
	<input type="checkbox"/> Kartu Garansi	Garansi Berlaku dari: s/d
	<input type="checkbox"/> Buku Manual	
	<input type="checkbox"/> Petunjuk singkat penggunaan untuk user (Terlaminating)	
	<input type="checkbox"/> Izin edar Alat Kesehatan	Berlaku dari : s/d

Tgl pelaksanaan Training : _____

User : _____ / _____ / _____ Teknik: _____ / _____ / _____

Catatan :

.....

.....

Commissioning oleh :					Register Oleh
Prinsipal	Rumah Sakit Intan Husada Garut				
	Logistik	SPI	PSP	User	Akunting
Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :	Tgl :
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)	(.....)