

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19050 294443
 Nama Lengkap : DWI ISHMI NOVANTI
 Unit/Divisi/Komite : FARMASI
 No. Telepon/Ext : 0823 1512 7614
 E-mail : dwiishmi2@gmail.com

Tanggal : 19.04.22

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : FORMULIR PERMINTAAN BARANG
 No/Kode RM : UNIT FARMASI (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : -	
Buffer stock :	-
Proses PO :	2 Magon
Waktu :	-
Paraf y	


Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 untuk memudahkan dokumentasi permintaan dari Unit lain ke Unit Farmasi.

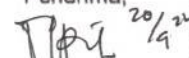
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,


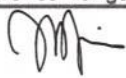
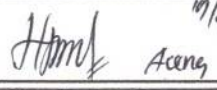

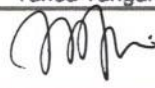

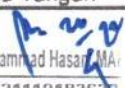

DWI ISHMI N

Tanda Tangan
Penerima,


Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 2PM ntr			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ASB			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Form tidak masuk berkas RM, 8 tidak pakai kode RM	 17/4 22 Aceng	NO. FORM 009 / F / FAR / RSIH / N / 2022	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ASB			 dr. Muhammad Hasan MA NIP. 21110183630

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



FORMULIR PERMINTAAN BARANG UNIT FARMASI

No. Surat :
Tanggal :
Unit :

No	Nama Barang	Jumlah

Yang Meminta

Yang Menerima
(Farmasi)

Menyetujui
(Apoteker)

Yang Menyiapkan

Yang Menerima
(Unit Lain)

() () () () ()

004/F/FAR/RSIH/IV/2022 (Rev.00)



FORMULIR PERMINTAAN BARANG UNIT FARMASI

No. Surat :
Tanggal :
Unit :

No	Nama Barang	Jumlah

Yang Meminta

Yang Menerima
(Farmasi)

Menyetujui
(Apoteker)

Yang Menyiapkan

Yang Menerima
(Unit Lain)

() () () () ()

004/F/FAR/RSIH/IV/2022 (Rev.00)