

Pada hari ini Kamis tanggal satu bulan Januari tahun dua ribu masehi masehi (.....) yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Petugas Pentasyarufan :
Jabatan :
No. HP Petugas Pentasyarufan :
Alamat :

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA**

Nama Lengkap :
Alamat Lengkap Penerima :
No. HP Penerima Manfaat :
Jabatan :

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA**

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sepakat untuk :

1. **PIHAKPERTAMA**menyerahkanbantuan cobaaa berupa..... senilaiRp.....dantugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA**.
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan cobaaa berupa senilai Rp dari **PIHAK PERTAMA**.
3. **PIHAK PERTAMA** berkewajiban menyerahkan berita acara pentasarufan dilampiri : (**a.**) proposal / pengajuan / berita acara rapat pentasyarufan (**b.**) foto dokumentasi pentasyarufan (**c.**) fotokopi identitas penerima manfaat KK atau KTP (**d.**) nota pembelian barang jika bantuan berupa barang (**e.**) kwitansi pentasyarufan (bantuan nominal Rp.1.000.000 ke atas ber materai 10.000) (**f.**) SPTJM (**g.**) Slip penarikan / pengambilan dana dari Bank / BMT kepada NU Care Lazisnu Cilacap setiap selesai melakukan pentasarufan.

Demikian berita acara penyerahan bantuan NU Care Lazisnu Cilacap ini dibuat, untuk dapat digunakan dalam rangka kepedulian dan memaksimalkan fungsi ZIS bagi masyarakat.

PIHAK PERTAMA

Yang menyerahkan

PIHAK KEDUA

Penerima Manfaat

(.....)
Jabatan :

(.....)
Jabatan :

Keterangan : **apabila penerima manfaat adalah lembaga/organisasi/tempat ibadah wajib berstempel**



SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

.....

Alamat Lengkap Penerima :

.....

No. HP Penerima Manfaat :

.....

Jabatan :

.....

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Bertanggungjawab mutlak terhadap penggunaan dana yang saya terima sesuai dengan ketentuan syariat, ketetapan Nucare Lazisnu Cilacap dan perundang-undangan yang berlaku.
2. Berkomitmen memberikan laporan penggunaan dana dengan melampirkan bukti-bukti pendukung (kwitansi atau nota, dokumentasi).
3. Berkomitmen turut serta dalam mengkampanyekan zakat, Infaq, Shodaqoh.
4. Apabila dikemudian hari diketahui terjadi penyimpangan dalam penggunaan dan/atau tidak sesuai dengan rencana penggunaan, maka saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan NU Care Lazisnu Cilacap dan perundang-undangan yang berlaku

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan bermaterai cukup untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Cilacap,

(.....)



KUITANSI DIVISI KEUANGAN NU CARE-LAZISNU CILACAP

Alamat: Jalan Masjid No. 9 Kelurahan Sidanegara Kecamatan Cilacap
Tengah Cp: 081228221010

Telah terima dari :
Uang sejumlah : Nol Rupiah
Digunakan untuk : {{ \$data->pengajuan_note }}

Rp0

Yang menerima

(.....)

Cilacap,
(.....)

Yang menyalurkan
(.....)