

Pada hari ini Rabu tanggal tiga puluh bulan Agustus tahun dua ribu dua ribu dua puluh tiga masehi masehi (30-08-2023) yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Petugas Pentasyarufan : Roni Fatoni
Jabatan : Divisi Penghimpunan
No. HP Petugas Pentasyarufan : 081329406941
Alamat : Kawunganten

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA**

Nama Lengkap : Harun
Alamat Lengkap Penerima : Karangbawang Kawunganten
No. HP Penerima Manfaat : 081215675210
Jabatan : Divisi Pentasyarufan

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA**

Bahwa **PIHAK PERTAMA** dan **PIHAK KEDUA** sepakat untuk :

1. **PIHAK PERTAMA** menyerahkan bantuan Operasional mobil layanan kesehatan bulan Agustus berupa Uang Tunai senilai Rp 1.750.000 dan tugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA**.
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan Operasional mobil layanan kesehatan bulan Agustus berupa Uang Tunai senilai Rp 1.750.000 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

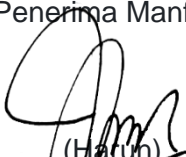


(Roni Fatoni)

Jabatan : Divisi Penghimpunan

PIHAK KEDUA

Penerima Manfaat



(Harun)

Jabatan : Divisi Pentasyarufan

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



SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : Harun
Alamat Lengkap Penerima : Karangbawang Kawunganten
No. HP Penerima Manfaat : 081215675210
Jabatan : Divisi Pentasyarufan

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, 30 Agustus 2023



(Harun)



LAMPIRAN TANDA SERAH TERIMA BANTUAN

Operasional Mobil Layanan Kesehatan

Keterangan : Operasional mobil layanan kesehatan bulan Agustus

NO	PENERIMA MANFAAT	ALAMAT & NO.HP	NOMINAL & JENIS BANTUAN	TGL BANTUAN & KETERANGAN	TTD
1	UPZIS MWCNU Kawunganten (Harun) NIK : 3301092106790004 KK :	Karangbawang Kawunganten No.HP : 081215675210	Rp1.750.000 Uang Tunai	30 Agustus 2023 Biaya operasional mobil layanan kesehatan UPZIS MWCNU Kawunganten	



KWITANSI PENERIMA MANFAAT

<p>Telah terima dari UPZIS MWCNU KAWUNGANTEN</p> <p>Digunakan Untuk Operasional mobil layanan kesehatan bulan Agustus</p> <p>Rp1.750.000</p>	<p> NU CARE-LAZISNU KABUPATEN CILACAP</p> <p>KWITANSI PENTASYARUFAN NU CARE-LAZISNU CILACAP UPZIS MWCNU KAWUNGANTEN</p> <p>Telah terima dari : UPZIS MWCNU KAWUNGANTEN</p> <p>Uang sejumlah : Satu Juta Tujuh Ratus Lima Puluh Ribu Rupiah</p> <p>Digunakan untuk : Operasional mobil layanan kesehatan bulan Agustus</p> <p>Rp1.750.000</p> <p>Rabu, 30 Agustus 2023</p> <p>Yang menerima : (Hafid)</p> <p>Yang menyalurkan : (Foni Fatoni)</p> <p></p>
--	---