



**BERITA ACARA PENTASARUFAN  
LEMBAGA AMIL ZAKAT INFAQ SHADAQAH NAHDLATUL ULAMA CILACAP**

Pada hari ini Senin tanggal dua puluh empat bulan Juli tahun dua ribu dua ribu dua puluh tiga masehi masehi (24-07-2023) yang bertanda tangan di bawah ini

Nama Petugas Pentasyarufan : Sodikin  
Jabatan : Koordinator  
No. HP Petugas Pentasyarufan : 085156916610  
Alamat : Jl. Dr. Sutomo Gg. Riau 13

Selanjutnya di sebut **PIHAK PERTAMA**

Nama Lengkap : SITIKOMARIAH  
Alamat Lengkap Penerima : JL DR.SOETMO GUNUNGSIMPING CILACAP  
No. HP Penerima Manfaat : 085842513498  
Jabatan : PLPK

Selanjutnya di sebut **PIHAK KEDUA**

Bahwa PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sepakat untuk :

1. **PIHAK PERTAMA** menyerahkan bantuan Khitan bersama berupa UANG TUNAI senilai Rp 2.000.000 dan tugas pentasyarufan dana ZIS NU Care Lazisnu Cilacap kepada **PIHAK KEDUA**.
2. **PIHAK KEDUA** menyatakan telah menerima bantuan Khitan bersama berupa UANG TUNAI senilai Rp 2.000.000 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

(Sodikin)

Jabatan : Koordinator

**PIHAK KEDUA**

Penerima Manfaat

(SITIKOMARIAH)

Jabatan : PLPK

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

**SURAT PERNYATAAN TANGGUNGJAWAB MUTLAK (SPTJM)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : SITIKOMARIAH  
Alamat Lengkap Penerima : JL DR.SOETMO GUNUNGSIMPING CILACAP  
No. HP Penerima Manfaat : 085842513498  
Jabatan : PLPK

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, 2 Oktober 2023

  
(SITIKOMARIAH)



**KWITANSI PENERIMA MANFAAT**

Telah terima dari  
PRNU  
GUNUNGSIMPING  
Digunakan Untuk  
Khitan bersama  
Rp2.000.000



Telah terima dari  
Uang sejumlah  
Digunakan untuk

**KWITANSI PENTASYARUFAN**

NU CARE-LAZISNU CILACAP  
PRNU GUNUNGSIMPING

PRNU GUNUNGSIMPING

Dua Juta Rupiah

Khitan bersama

Rp2.000.000

Yang menerima  
(SITIKOMARIAH)

Senin, 24 Juli 2023  
Yang menyalurkan  
(Sodikin)