

SURAT PESANAN OBAT MENGANDUNG PREKURSOR FARMASI

Nomor SP :

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan :

Nomor SIPA :

Mengajukan pesanan obat mengandung Prekursor Farmasi kepada

PBF :

Alamat :

Tlp :

Jenis Obat Mengandung Prekursor Farmasi yang dipesan adalah:

No	Nama Obat mengandung Prekursor	Zat Aktif Prekursor	Bentuk & Kekuatan sediaan	Satuan	Jumlah	Keterangan

Obat Mengandung Prekursor Farmasi tersebut akan digunakan untuk memenuhi kebutuhan

Nama Apotek/Klinik :

Alamat Lengkap :

Surat Ijin No :

Tgl :

Kota :