

KOP SURAT SARANA KESEHATAN

SURAT PERNYATAAN

KESESUAIAN ALAMAT SESUAI PERSIL IMB

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : (Nama Pemohon)

Jabatan : Pemilik Sarana Kesehatan

Alamat KTP :

Alamat Domisili :

Nama Sarana :

Alamat Sarana :

Menyatakan bahwa alamat yang sesuai dan tercantum dalam IMB adalah pada persil :

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,

Materai 10.00 + Stemel Sarana

(Nama)

(Jabatan)