**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Jabatan :

Nama Perusahaan :

Sehubungan dengan Permohonan Izin Distributor Alat Kesehatan, bahwa terkait Rencana Kesiapan Operasional Perusahaan di Lapangan sesuai dengan kondisi yang sebenarnya. Jika ditemukan hal yang tidak sesuai maka Izin tersebut dapat dicabut sesuai ketentuan yang ada.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan sebenarnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

tempat, (tanggal bulan tahun)

Pemohon,

 tandatangan (materai 10.000)

 Stempel Perusahaan

 (Nama lengkap Pimpinan Perusahaan)