PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA

DINAS KESEHATAN

**PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT KECAMATAN MAMPANG PRAPATAN**

Jl. Liliana Blok C No.24-25 Kel. Pela Mampang Kec. Mamapang Prapatan

Telepon 021-22715588 Faximile 021-22716699

Website : puskesmasmampang.weebly.com Email : pkcmampangprapatan@gmail.com

J A K A R T A

Kode Pos. 12720

CM-009/ADM-MP/2020

**SURAT PELIMPAHAN WEWENANG**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : …………………………………………

NIP : …………………………………………

Jabatan : …………………………………………

Tempat Tugas : …………………………………………

Dengan ini memberikan pelimpahan wewenang kepada :

Nama : …………………………………………

NIP : …………………………………………

Jabatan : …………………………………………

Tempat Tugas : …………………………………………

Untuk melaksanakan : Pelayanan : ………………………………………………………….

Kegiatan : ………………………………………………………….

Administrasi : ………………………………………………………….

Pada Unit : Ruang Layanan / Poli Puskesmas Kelurahan

UGD / RB Puskesmas Keliling

Pada Tanggal : …………………………sampai dengan tanggal…...……………………......

Selama : …….. Hari/Bulan/Tahun\*

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan tugas pelimpahan wewenang :

1. Bagi yang melakukan pelayanan langsung mengacu pada SOP pelayanan klinis yang berlaku di Puskesmas Kecamatan Mampang Prapatan.
2. Bagi yang melakukan kegiatan atau administrasi mengacu pada SOP yang berlaku dan sesuai dengan kegiatan dan administrasi yang ada.
3. Melaporkan hasil kegiatan secara tertulis pada pemberi tugas limpahan.

Demikian surat pelimpahan wewenang ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, …………………………….

Penerima Wewenang Pemberi Pelimpahan Wewenang

……………………………. ..…………………………….

NIP. NIP.

Kepala Puskesmas Kecamatan Mampang Prapatan

Kota Administrasi Jakarta Selatan

drg. Melvin Sijabat, M.M

NIP.196408141998031004

Catatan :

Beri tanda (✓) untuk wewenang yang dilimpahkan

(\*) Coret yang tidak perlu

PEMERINTAH PROVINSI DAERAH KHUSUS IBUKOTA JAKARTA

DINAS KESEHATAN

**PUSAT KESEHATAN MASYARAKAT KECAMATAN MAMPANG PRAPATAN**

Jl. Liliana Blok C No.24-25 Kel. Pela Mampang Kec. Mamapang Prapatan

Telepon 021-22715588 Faximile 021-22716699

Website : puskesmasmampang.weebly.com Email : pkcmampangprapatan@gmail.com

J A K A R T A

Kode Pos. 12720

CM-010/ADM-MP/2020

**LAPORAN PELIMPAHAN WEWENANG**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : …………………………………………

NIP : …………………………………………

Jabatan : …………………………………………

Tempat Tugas : …………………………………………

Melaporkan bahwa :

Pada Tanggal : …………………………sampai dengan tanggal…...……………………......

Selama : …….. Hari/Bulan/Tahun\*

Telah melaksanakan tugas pelimpahan wewenang dari :

Nama : …………………………………………

NIP : …………………………………………

Jabatan : …………………………………………

Tempat Tugas : …………………………………………

Pada : Pelayanan : ………………………………………………………….

Kegiatan : ………………………………………………………….

Administrasi : ………………………………………………………….

Di : Ruang Layanan / Poli Puskesmas Kelurahan

UGD / RB Puskesmas Keliling

Jakarta, …………………………….

Pelapor

..…………………………….

NIP.

Catatan :

Beri tanda (✓) untuk wewenang yang dilimpahkan

(\*) Coret yang tidak perlu