|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor dokumen: | | Tanggal pernyataan: | | |
| Saya yang bertanda tangan di bawah ini: | | | |  |
| Nama  NIP/NUM/NPM  Institusi  Telp/HP | :  :  :  : | | | |
| Mengajukan pemeriksaan sampel sebagai berikut:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nama sampel** | **Jenis** | **Jumlah sampel** | **Kondisi Sampel** | **Parameter** | **Metode** | **Keterangan** | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |   Melalui surat ini, juga menyatakan bahwa (setuju/tidak setuju)\* untuk melakukan pemeriksaan sampel di Laboratorium MBPCF IMERI FKUI sesuai dengan metode yang sudah didiskusikan dengan pelaksana kegiatan. | | | | |
| Pelanggan: | | | Pelaksana kegiatan: | |
| Tanda tangan: | | | Tanda tangan: | |

*Catatan: \*coret yang tidak perlu*