

FRM/SPMI/ITHB/ADM/34/10

Revisi : 01

Tgl. Berlaku : 01 Jan 2020

**PERTANGGUNGJAWABAN INVENTARISASI DARI ITHB**

Saya yang bertandatangan di bawah ini,

Nama :

NIK :

Menyatakan bahwa tidak memerlukan fasilitas yang diberikan ITHB yaitu …….…………………………. dengan alasan ……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Bandung, ………………………………… 2013

Yang bersangkutan Mengetahui

……………………………….. …………………………………

( ) ( Manager IT )