

KERTAS KOP INSTANSI

Nomor : , 2018
Lampiran : Satu berkas
Perihal : Permohonan Hibah Barang Milik Negara (BMN)
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan

Yang terhormat,
Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat
Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
Jalan HR. Rasuna Said Kav 4-9
Jakarta Selatan

Sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor: 111/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pelaksanaan Pemindahtanganan Barang Milik Negara, kami menyampaikan permohonan hibah BMN yang bersumber dari Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan pada satuan kerja Dinas Kesehatan/ Kab sebagai berikut :

1. Nilai BMN Ditjen Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan yang terdapat pada Dinas Kesehatan Provinsi/Kab..... adalah berupa senilai **Rp** (Terbilang.....).
2. Dalam rangka tertib administrasi atas BMN tersebut maka kami mengajukan permohonan hibah BMN tersebut pada butir (1) dengan maksud :
 - a. Agar dapat tercipta tertib administrasi penatausahaan aset khususnya yang terdapat pada Dinas Kesehatan Provinsi / Kab.....
 - b. Guna memperjelas status aset dalam pengajuan dan penggunaan anggaran operasional dan pemeliharaan barang yang bersumber dari APBD.
 - c. Sebagai penunjang program kesehatan masyarakat di wilayah Provinsi Provinsi / Kab.....
3. Sebagai kelengkapan kami lampirkan :
 - a. Surat Pernyataan Bersedia Menerima Hibah bermaterai Rp. 6.000,-;
 - b. Surat Pernyataan Tanggung Jawab Mutlak bermaterai Rp. 6.000,-;
 - c. Data rincian BMN yang diusulkan untuk dihibahkan;
 - d. Data Calon Penerima Hibah;
 - e. Berita Acara Pemeriksaan BMN;
 - f. Foto berwarna BMN;
4. *Contact person* untuk penyelesaian hibah ini dapat menghubungi Bapak/Ibu/Saudara, nomor HP:....., nomor telepon kantor :, alamat *email* :

Atas perhatian dan kerja samanya, kami ucapkan terima kasih.

An. Gubernur
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

.....
NIP

Tembusan:
Gubernur

KERTAS KOP INSTANSI

SURAT PERNYATAAN BERSEDIA MENERIMA HIBAH BARANG MILIK NEGARA

Nomor :

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIP :
Pangkat/Golongan :
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
Unit Kerja : Dinas Kesehatan Provinsi

Dengan ini menyatakan bahwa kami bersedia menerima hibah Barang Milik Negara yang bersumber dari Direktorat Kesehatan Keluarga Direktur Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan pada satuan kerja Dinas Kesehatan Provinsidengan nilai sebesar **Rp** (.....).

Demikian surat pernyataan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., 2018
a.n. Gubernur Propinsi.....
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Materai
Rp. 6.000,-

.....
NIP

KERTAS KOP

SURAT PERNYATAAN TANGGUNG JAWAB MUTLAK

Nomor :

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIP :
Pangkat/Golongan :
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
Unit Kerja : Dinas Kesehatan Provinsi

Sesuai dengan Peraturan Menteri Keuangan Nomor: 111/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pemindahtanganan Barang Milik Negara, dengan ini menyatakan bertanggung jawab penuh atas kebenaran materiil Barang Milik Negara Direktorat Kesehatan Keluarga Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan untuk dihibahkan kepada Satuan Kerja Dinas Kesehatan Provinsi/ Kab..... sesuai Daftar Barang Milik Negara terlampir.

Demikian surat pernyataan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., 2018
a.n. Gubernur Propinsi.....
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Materai
Rp. 6.000,-

.....
NIP

KERTAS KOP INSTANSI

**BERITA ACARA
PEMERIKSAAN BARANG MILIK NEGARA UNTUK DIHIBAHKAN**

NOMOR :

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Nomor: 111/PMK.06/2016 tentang Tata Cara Pemindahtanganan Barang Milik Negara, pada hari ini tanggalbulan tahun, kami yang bertanda tangan dibawah ini :

NO	NAMA	NIP	JABATAN
1.		
2.		
3.		

Telah melaksanakan pemeriksaan dan penelitian atas Barang Milik Negara Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan yang diusulkan untuk dihibahkan kepada Dinas Kesehatan Provinsi/Kab..... dengan hasil pemeriksaan/penelitian fisik barang sebagaimana terlampir.

Demikian Berita Acara ini dibuat sesuai dengan keadaan yang sebenarnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pemeriksa,

- I. _____
NIP
- II. _____
NIP
- III. _____
NIP

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

NIP

**LAMPIRAN BERITA ACARA INVENTARISASI BARANG MILIK NEGARA
DITJEN KESEHATAN MASYARAKAT KEMENTERIAN KESEHATAN
YANG DIUSULKAN UNTUK DIHIBAHKAN KEPADA DINAS KESEHATAN PROVINSI**

No	NAMA BARANG	MERK/ TYPE/ SERI/ UKURAN	TAHUN PEROLEHAN	JUMLAH BARANG	KONDISI	HARGA SATUAN (Rp)	HARGA TOTAL (Rp)
JUMLAH							

Pemeriksa,

I. _____

NIP

II. _____

NIP

III. _____

NIP

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Lampung

NIP

KERTAS KOP INSTANSI

DATA CALON PENERIMA HIBAH

Nomor :

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIP :
Jabatan : Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

Dengan ini menyatakan data calon penerima hibah BMN yang bersumber dari Direktorat Kesehatan Keluarga Ditjen Kesehatan Masyarakat Kementerian Kesehatan kepada Satuan Kerja Dinas Kesehatan Provinsi /Kab.....adalah sebagai berikut :

Nama Satuan Kerja Perangkat Daerah : Dinas Kesehatan Provinsi
Kepala Satuan Kerja :
Alamat Satuan Kerja :

Demikian data penerima hibah ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....,
a.n. Gubernur Lampung
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

.....
NIP

