

PEMERINTAH KAB. TEGAL

RSUD dr. Soeselo

**SURAT PERNYATAAN
VERIFIKASI KELENGKAPAN DAN KEABSAHAN
DOKUMEN DAN LAMPIRAN SPP-LS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **YULI ISNAENI, S.E.**
NIP : **197307081998032006**
Jabatan : **PPK SKPD**

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa dokumen dan lampiran **Surat Permintaan Pembayaran LS** nomor **33.28/02.0/000080/LS/1.02.0.00.0.00.02.0000/PPR1/12/2025** tanggal **02 Desember 2025** telah **lengkap dan sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan**. Jika di kemudian hari pernyataan saya ini tidak benar, maka **saya bersedia menerima sanksi sesuai peraturan yang berlaku**.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk melengkapi persyaratan pengajuan **SPM-LS SKPD** kami.

Slawi, 02 Desember 2025

PPK SKPD



YULI ISNAENI, S.E.

197307081998032006