**SURAT PERNYATAAN IMD**

Yang Bertanda Tangan dibawah ini

Nama :

Tempat / Tanggal Lahir :

Jabatan :

No. STR :

Alamat :

Dengan ini Menyatakan :

1. Bahwa dalam melaksanakan praktek kebidanan baik di institusi pemerintahan, swasta, maupun sebagai dan praktek swasta akan selalu tunduk dan melaksanakan segala ketentuan yang ada didalam undang-undang no.36 tahun 2009 tentang kesehatan dan peraturan daerah no. tahun 2016 tentang ibu menyusui dini (IMD) dan ASI Eksklusif.
2. Saya akan selalu mendukung program IMD dan ASI Eksklusif yang dicanangkan oleh pemerintahan kabupaten indrIndragiriir.
3. Saya tidak akan menjalin kerja sama dengan prodak susu formula bayi manapun dalam bentuk apapun, apabila kerja sama tersebut ternyata bertentangan dengan program IMD dan ASI Eksklusif yang dicanangkan oleh pemerintah kabupaten Indragiri hilir.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh dan tanpa tekanan manapun apabila ternyata dikemudian hari saya melanggar ini, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku termasuk pencabutan izin praktek kebidanan.

Tembilahan, 2018

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

Nama pemohon