PEMERINTAH DAERAH TINGKAT I JAWA TENGAH
BADAN PERENCANAAN PEMBANGUNAN DAERAH
Jl. Pemuda 127 - 133 Telp. 515591 - 515592 Fax. 546802
SEMARANG 50132

Perpustakaan Unika

SURAT REKOMENDASI RESEARCH / SURVEY

Nomor : R/5489/P/IX/1995

I. DASAR : Surat Gubernur Propinsi Jawa Tengah tanggal 15 Agustus 1972 Nomor : Bappemda/345/VIII/72.

II. MENARIK : 1. Surat Kadit Sospol Pemerintah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah tgl. 13 September 1995 no. 070/ 8145/IX/95
2. Surat dari Dekan Fak. Hukum Unika Soegijapranata Semarang tgl. 11 Juli 1995 nomor : B.2.02/827/UKS.05/VIII/95

III. Yang bertanda - tangan di bawah ini Ketua Badan Perencanaan Pembangunan Daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah (BAPPEDA TINGKAT I), bertindak atas nama Gubernur Kepala Daerah Tingkat I Jawa Tengah, menyatakan TIDAK KEBERATAN atas pelaksanaan research / survey dalam wilayah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Tengah yang dilaksanakan oleh :

1. Nama : ADRIANI MARGARETHA
2. Pekerjaan : Mahasiswi
3. Alamat : Jl. Puri Anjasmara P 10/4 Semarang
4. Penanggungjawab : DR. SRI REDJEKI, SH.
5. Maksud tujuan research/survey : Untuk skripsi dengan judul : " PELAKSANAAN ASURANSI SOSIAL TENAGA KERJA (ASTEK) DI PT JEPARA KAYU PRANA DALAM MENJAMIN PERLINDUNGAN DAN KESEJAHTERAAN TENAGA KERJA "
6. Lokasi : Kab. Jepara

dengan ketentuan-ketentuan sebagai berikut :

a. Pelaksanaan research / survey tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan Pemerintah.

b. Sebelum melaksanakan research / survey langsung kepada responden, harus terlebih dahulu melaporkan kepada Penguasa Daerah setempat.

c. Setelah research / survey selesai, supaya menyerahkan hasilnya kepada BAPPEDA TINGKAT I Jawa Tengah.

IV. Surat Rekomendasi Research/Survey ini berlaku dari : 13 November 1995 s/d .....

pt. jepara kayuprana
Jl. Raya Jepara Kudus Km.7 Ngabul Jepara
Phone : (0291) 91700 Fax : (0291) 91777

Perpustakaan Unika

SURAT KETERANGAN

No.

Yang bertanda tangan di bawah ini, Direktur PT. JEPARA KAYU PRANA. Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : ADRIANI MARGARETHA

Pekerjaan : Mahasiswa Fakultas Hukum Universitas Katholik Soegijapranata Semarang.

Nim/Nirm : 89.20.560/89.6.111.01000.50026

Alamat : Jl. Puri Anjasmara P 10/4 Semarang.

Telah mengadakan penelitian/riset dalam rangka penyusunan Skripsi yang berjudul : " Pelaksanaan Jaminan Sosial Tenaga Kerja (JAMSOSTEK) Di PT. JEPARA KAYU PRANA Dalam Menjamin Perlindungan Dan Kesejahteraan Tenaga Kerja."

Demikian Surat Keterangan ini dibuat untuk seperlunya.

Jepara, 12 Nopember 1995

PT. JEPARA KAYU PRANA

./

Perpustakaan Unika

PENDAFTARAN PERUSAHAAN

Pendaftaran Perusahaan : FORMULIR JAMSOSTEK 1

IAN I

Nama perusahaan : .....

Alamat Perusahaan : .....

.....

..... Kode Pos .....

Nomor telepon : ..... No. Fax .....

Status Perusahaan : P : Pusat A : Anak Perusahaan
C : Cabang T : Cabang Anak Perusahaan

Bentuk Badan Hukum : .....

Nomor Izin Usaha : .....

Jenis Usaha Utama : .....

Jumlah Tenaga Kerja : ..... terlampir dalam formulir 1a

Jumlah Upah : Rp..... untuk bulan .....19...

Pemilikan : N : Swasta Nasional O : Perorangan
A : Swasta Asing V : Joint Venture
P : BUMN/BUMD Y : Yayasan
K : Koperasi

IAN II (diisi bila perusahaan berstatus cabang)

Nama Kantor Pusat : .....

Alamat Kantor Pusat : .....

..... Kode pos .....

Nomor telepon : ..... No. Fax .....

IAN III

Program yang diikuti :

a. Jaminan Kecelakaan Kerja
Jaminan Hari Tua
Jaminan Kematian ☐

b. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan ☐

Mulai menjadi peserta : .....

..... , ...19...

Perusahaan,

Nama : _____

Jabatan :

Ditetapkan di : J a k a r t a
pada tanggal : 27 - 2 - 1993

Pusi :

putih dan biru untuk Badan Penyelenggara
hijau untuk Departemen Tenaga Kerja

: ..... Terhitung bulan : .....
: .....
: .....

KPA	NAMA LENGKAP	TGL. LAHIR	JENIS KELAMIN	PEKERJAAN	UPAH SEBULAN	KETERANGAN

....., ...19...
Perusahaan,

Nama :
Jabatan :

Ditetapkan di : J a k a r t a
pada tanggal : 27 - 2 - 1993

MENTERI TENAGA KERJA,

DRS. COSMAS BATUBARA

an biru untuk Badan Penyelenggara.
untuk arsip perusahaan.

Perpustakaan Unika

Perpustakaan Unika

FORMULIR JAMSOSTEK 1b

DAFTAR SUSUNAN KELUARGA

usahaan : .....
Pendaftaran : .....
a Tenaga Kerja : .....
or KPA : .....
or KPK : .....

UNAN KELUARGA (termasuk tenaga kerja)

O. RUT	NAMA ANGGOTA	TGL. LAHIR	L/P	HUBUNGAN KELUARGA	GOL. DARAH	AGAMA

LITAS KESEHATAN YANG DIPILIH :

Balai Pengobatan Umum : .....

Balai Pengobatan Gigi : .....

Rumah Bersalin : .....

....., ...19...

Perusahaan,

Nama : _____
Jabatan :

Ditetapkan di : J a k a r t a
pada tanggal : 27 - 2 - 1993

MENTERI TENAGA KERJA,

ribusi :

mbar putih dan biru untuk
dan Penyelenggara.

FORMULIR JAMSOSTEK 1c

DAFTAR TENAGA KERJA KELUAR

an : ..... Terhitung bulan : .....
ndaftaran : .....

NO. KPA	NAMA TENAGA KERJA	TGL. LAHIR	JENIS KELAMIN	UPAH TERAKHIR

....., ...19...
Perusahaan,

Nama :
Jabatan :

Ditetapkan di : J a k a r t a
pada tanggal : 27 - 2 - 1993

MENTERI TENAGA KERJA,

DRS. COSMAS BATUBARA

si :
putih dan biru untuk Badan Penyelenggara
kuning untuk arsip perusahaan

Perpustakaan Unika

Perpustakaan Unika

FORMULIR JAMSOSTEK 2

RINCIAN IURAN

:rusahaan : .....
:mor Pendaftaran : .....

IURAN BULAN : .....
DISETOR MELALUI : Bank : .....
: Giro Pos : .....
: Kantor ASTEK : .....
NOMOR BUKTI SETOR : .....
TANGGAN : .....

REKAPITULASI TENAGA KERJA DAN UPAH :

U R A I A N	J U M L A H	
	KARYAWAN	UPAH (Rp.)
Bulan yang lalu (A)		Rp.
PENAMBAHAN TENAGA KERJA (B) a. MASUK (FORMULIR JAMSOSTEK 1a) b. Kenaikan Upah		 RP. Rp.
SUB TOTAL A + B		Rp.
PENGURANGAN TENAGA KERJA (C) a. KELUAR (FORMULIR JAMSOSTEK 1c)		 Rp.
GRAND TOTAL (A+B) - C		Rp.

RINCIAN IURAN :
a. Jaminan Kecelakaan Kerja :
.....% X Rp. ..... = Rp. .....
b. Jaminan Hari Tua :
37 % X Rp. ..... = Rp. .....
c. Jaminan Kematian :
0,3 % X Rp. ..... = Rp. .....
d. Jaminan Pemeliharaan Kesehatan :
3 % X Rp. ..... = Rp. .....
6 % X Rp. ..... = Rp. .....

e. Jumlah Iuran = Rp. .....

KEKURANGAN/KELEBIHAN IURAN BULAN/TAHUN : .....
a. Jaminan Kecelakaan Kerja = Rp.
b. Jaminan Hari Tua = Rp.
c. Jaminan Kematian = Rp.
JUMLAH = Rp.

JUMLAH IURAN HARUS DIBAYAR = Rp.

....., ..., ...19...
Perusahaan,

Nama :
Jabatan :

Perpustakaan Unika

FORMULIR J

DAFTAR UPAH TENAGA KERJA

PERUSAHAAN : .....

NOMOR PENDAFTARAN : .....

NO. URUT	NO. KPA	NOMOR PEGAWAI	NAMA TENAGA KERJA	JAN	PEB	MARET	APRIL	MEI	JUNI	JULI	AGUS	SEPT	OKT	NO

JUMLAH :

....., ...19...
Perusahaan,

Nama :
Jabatan :

Ditetapkan di : J a k a r t a
pada tanggal : 27 - 2 - 1993

MENTERI TENAGA KERJA,

DRS. COSMAS BATUBARA

Distribusi :

- Lembar putih dan biru untuk Badan Penyelenggara.
- Lembar kuning untuk arsip perusahaan.

Perpustakaan Unika

LAPORAN KECELAKAAN

ORAN KECELAKAAN TAHAP I :b dilaporkan dalam 2 x 24 jam ilah terjadinya kecelakaan	BENTUK K.K. 2 Formulir Jamsostek 3	Diisi oleh Petugas Kandep Tenaga Kerja : Nomor KLUI : No. Kecelakaan : Diterima Tanggal :

Nama Perusahaan
Alamat dan No. Telepon
Jenis Usaha
Nomor Pendaftaran (Bentuk KK.1)
Nomor Akte Pengawasan

Nama Tenaga Kerja
Alamat dan No. Telepon
Tanggal lahir/Umur (Laki-laki/perempuan) *)
Jenis pekerjaan/jabatan
Unit/Bagian Perusahaan

Upah Tenaga Kerja sehari/sebulan/borongan
a. Upah berupa uang (pokok dan tunjangan) Rp.
b. Penerimaan lain-lain Rp. Rp.

a. Tempat Kecelakaan
b. Tanggal Kecelakaan Jam :

a. Uraian kejadian kecelakaan :
   1) Bagaimana terjadinya kecelakaan? Jika perlu dapat ditambah kertas/lembaran lain.
   2) Sebutkan bagian mesin, instalasi, bahan atau lingkungan yang menyebabkan cidera atau meninggal dunia :
b. Penyakit yang timbul karena hubungan kerja :
   1) Sebutkan jenis penyakit yang timbul karena hubungan kerja :
      - jabatan/pekerjaan yang bersangkutan
      - berapa lama bekerja
   2) Sebutkan bahan, proses, lingkungan atau cara bekerja yang menyebabkan penyakit yang timbul karena hubungan kerja. Jika perlu ditambah kertas/lembaran lain.

a. Akibat yang diderita korban : Meninggal dunia/Sakit/Luka-luka *)
b. Jelaskan bagian tubuh yang sakit/luka :

Nama dan Alamat Dokter/Tenaga Medik yang memberikan pertolongan pertama (dalam hal penyakit yang timbul karena hubungan kerja, nama dokter yang pertama kali mendiagnosis) :

Keadaan penderita setelah pemeriksaan Pertama :
a. Berobat jalan : Sambil bekerja/tidak bekerja *)
b. Dirawat di : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik *)
   Alamat :

Kecelakaan dicatat dalam buku kecelakaan pada No. Urut :

Perkiraan kerugian : a. Waktu .....Hari/Orang,
b. Material Rp.

Keterangan lain-lain yang perlu :

:oret yang tidak perlu

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal :

IK DIPERHATIKAN
Dalam waktu 2 x 24 jam setelah tenaga kerja

Pimpinan Perusahaan,

)

Perpustakaan Unika

LAPORAN KECELAKAAN

LAPORAN KECELAKAAN TAHAP II Wajib dilaporkan dalam 2 x 24 jam setelah dinyatakan sembuh, cacad, atau meninggal dunia	BENTUK K.K. 3 Formulir Jamsostek 3a	Diisi oleh Petugas Kandep Tenaga Kerja : Nomor KLUI : No. Kecelakaan : Diterima Tanggal:

1. Nama Perusahaan :
   Alamat dan No. Telepon :
   Jenis Usaha :
   Nomor Pendaftaran (Bentuk KK.1) :
   Nomor Akte Pengawasan :

2. Nama Tenaga Kerja :
   Tempat dan Tanggal lahir/Umur : (Laki-laki/perempuan) *)
   Jenis pekerjaan :
   Alamat :

3. Tempat dan Tanggal Kecelakaan :

4. Laporan Kecelakaan Kerja Bentuk KK.2 (Jamsostek 3a) telah dikirimkan ke :
   Kantor Departemen Tenaga Kerja ..... Tgl. .....

5. Biaya yang telah dibayarkan oleh Perusahaan :
   a. Biaya pengangkutan dari tempat kecelakaan ke Rumah Sakit atau ke Rumah Penderita : Rp.
   b. Biaya Pengobatan dan Perawatan : Rp.
   c. Biaya Pemakaman : Rp.
   d. Biaya Prothese/Orthese : Rp.

6. Santunan Sementara Tidak Mampu Bekerja yang telah dibayar oleh Perusahaan, setiap hari sebesar:
   a. .....
   b. .....
   c. .....

7. Nama dan alamat penerima santunan keluarga (Melampirkan Daftar Keluarga Yang Sah) :

8. Berdasarkan Bentuk KK.4 atau KK.5 tenaga kerja ditetapkan :
   - Keadaan sementara tidak mampu bekerja telah berakhir : Tgl.
   - Keadaan cacad sebagian untuk selama-lamanya : Tgl.
   - Keadaan cacad total untuk selama-lamanya baik fisik maupun mental : Tgl.
   - Meninggal dunia : Tgl.

9. Uraian tentang cacad untuk selama-lamanya yang diderita tenaga kerja tersebut dengan melampirkan Surat Keterangan Doktor atau Bentuk KK. 4 dan KK. 5 :

10. Besarnya jaminan yang telah dibayarkan oleh Perusahaan kepada tenaga kerja yang menderita cacad atau keluarganya : Rp. .....

11. Keterangan lain-lain yang perlu :

*) Coret yang tidak perlu.

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal _____ :

Pimpinan Perusahaan,

_____)

JNTUK DIPERHATIKAN :
Laporan Kecelakaan ini dikirim :
- Warna Putih, merah dan Merah Jambu ke Kandep Tenaga Kerja setempat.

Perpustakaan Unika

BENTUK K.K.4
FORMULIR JAMSOSTEK 3b
SURAT KETERANGAN DOKTER

Dengan ini saya, dokter .....; Jabatan .....
menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama tenaga kerja penderita : Laki-laki/Perempuan *)
Alamat dan No. Telepon :
Tempat dan Tanggal lahir :
Jenis pekerjaan/Jabatan :
Unit/Bagian Perusahaan :

Nama perusahaan :
Alamat dan No. Telepon :
Jenis Usaha :
No. Pendaftaran (Bentuk KK.1) :
Nomor Akte Pengawasan :

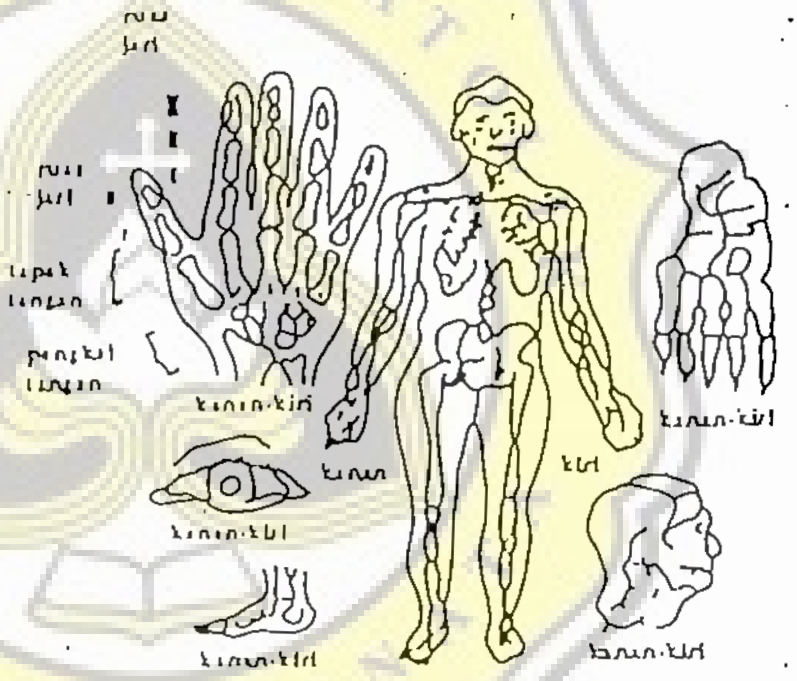
Kecelakaan pada tanggal :

Pemeriksaan pada tanggal :

Dari hasil pemeriksaan didapatkan :
a. Keadaan, tempat dan ukuran, luka-lukanya :
b. Diagnosis :
c. Perlu dirawat/berobat jalan sambil bekerja/berobat jalan/tidak bekerja *) :

Tindakan medis yang dilakukan :

GAMBAR



Setelah selesai pengobatan :
a. Sembuh tanpa cacad.
b. Cacad Anatomis akibat kehilangan anggota badan. Jelaskan. (Tunjukkan juga pada gambar).
c. Apabila terdapat cacad tetapi tidak mengakibatkan kehilangan anggota badan, berapa persen berkurangnya fungsi daripada anggota badang yang cacad tersebut .....x terbilang (.....)
d. Memerlukan prothese/ortheso.

Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan: biasa/ringan/tidak dapat bekerja sama sekali *)
terhitung tanggal :

Lamanya perawatan/pengobatan : dari tanggal .....s/d tanggal .....

Diberikan istirahat : dari tanggal ..... s/d tanggal .....

Tanggal meninggal dunia :

Dibuat oleh dokter : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta *)
Alamat :

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal :

Doktor Pemeriksa

Perpustakaan Unika

BENTUK K.K.5
FORMULIR JAMSOSTEK 3c
SURAT KETERANGAN DOKTER

gan ini saya, dokter .....; Jabatan .....
erangkan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama tenaga kerja penderita	: Laki-laki/Perempuan *)
Alamat dan No. Telepon	:
Tempat dan Tanggal lahir	:
Jenis pekerjaan/Jabatan	:
Unit/Bagian Perusahaan	:
Nama perusahaan	:
Alamat dan No. Telepon	:
Jenis Usaha	:
No. Pendaftaran (Bentuk KK.1)	:
Nomor Akte Pengawasan	:
Tanggal diagnosis penyakit akibat kerja	:
a. Resume **)	:
b. Diagnosis	:
Tindakan medis yang dilakukan	:
Setelah selesai pengobatan	
a. Sembuh tanpa cacad	:
b. Penilaian cacad penyakit akibat kerja **)	:
c. Memerlukan protheso/ortheso	:
. Setelah sembuh ia dapat melakukan pekerjaan: biasa/ringan/tidak dapat bekerja sama sekali *) terhitung tanggal :	
. Lamanya perawatan/pengobatan	: dari tanggal .....s/d tanggal .....
. Diberikan istirahat	: dari tanggal .....s/d tanggal .....
).Tanggal meninggal dunia	:
1.Keterangan lain-lain yang perlu	:

buat oleh dokter : Rumah Sakit/Puskesmas/Poliklinik/Praktek Swasta *)
amat :

Dibuat dengan sesungguhnya di :
pada tanggal :

Dokter Pemeriksa,

(_____)

Perpustakaan Unika

FORMULIR JAMSOSTEK 4

PERMINTAAN PEMBAYARAN JAMINAN KEMATIAN

A. Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : .....
2. Hubungan dengan Tenaga Kerja : - Isteri/Suami tenaga kerja
   - Anak tenaga kerja
   - Orang tua tenaga kerja
3. Alamat : .....
   .....
4. Tenaga kerja :
   a. Nama : .....
   b. No. KPA : .....
   c. Tanggal lahir : .....
   d. Tanggal meninggal dunia : .....
   e. Sebab meninggal dunia : .....
   f. Perusahaan terakhir : .....
      Nomor pendaftaran : .....
   g. Upah terakhir : .....
   h. Tanggal berhenti : .....

B. Dengan ini mengajukan permintaan pembayaran yang menjadi hak dari tenaga kerja tersebut diatas.
Tempat pembayaran yang dikehendaki :
- Bank : .....
- Kantor Pos : .....
- Kantor ASTEK : .....

C. Permintaan pembayaran Jaminan keamanan ini dilengkapi dengan :
1. Surat Keterangan Kematian dari petugas medis yang berwenang, atau Lurah/Kepala Desa setempat.
2. Kartu Peserta.
3. Salinan/Copy Kartu Keluarga atau surat keterangan keluarga dari Kelurahan setempat.
4. Rangkapan Formulir 5 yang diterima kembali dari PT. ASTEK pada waktu pembayaran Jaminan Hari Tua.

Keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika dikemudian hari ternyata terdapat hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut diatas, serta bersedia dituntut di muka pengadilan.

....., ...19...

Nama : _____

Ditetapkan di : J a k a r t a
pada tanggal : 27 - 2 - 1993

MENTERI TENAGA KERJA,

Distribusi :
Lembar putih dan biru untuk

Perpustakaan Unika

FORMULIR JAMSOSTEK 5

PERMINTAAN PEMBAYARAN JAMINAN HARI TUA

A. Yang bertanda tangan di bawah ini :
   1. Nama : .....
   2. Hubungan dengan Tenaga Kerja : - Tenaga kerja sendiri
      - Isteri/suami tenaga kerja
      - Anak tenaga kerja
      - Orang tua tenaga kerja
   3. Alamat : .....
      .....
   4. Tenaga kerja :
      a. Nama : .....
      b. No. KPA : .....
      c. Tanggal lahir : .....
      d. Perusahaan : .....
         Nomor Pendaftaran : .....
      e. Upah terakhir : .....
      f. Mulai bekerja : .....

B. Dengan ini mengajukan permintaan Jaminan Hari Tua karena :
   - Mencapai usia 55 tahun.
   - Cacad total dan tetap berdasarkan keterangan dokter.
   - Meninggal dunia.
   - Meninggalkan Republik Indonesia dan tidak kembali.
   - Pindah menjadi Pegawai Negeri Sipil atau Anggota ABRI.
   - Lain-lain (harap dijelaskan).
     .....
     .....
   - Keluar dari perusahaan dengan masa kepesertaan minimal 5 tahun dan masa tunggu selama 6 bulan dengan surat keterangan dan bukti-bukti terlampir.

C. Tempat pembayaran yang dikehendaki :
   - Bank : .....
   - Kantor Pos : .....
   - Kantor ASTEK : .....

D. Pembayaran Jaminan Hari Tua ini dilakukan :
   - Dibayarkan sekaligus.
   - Dibayarkan secara berkala selama 5 tahun.

E. Kartu Peserta disertakan dan diserahkan dalam permintaan Jaminan Hari Tua ini.

Keterangan tersebut diatas saya buat dengan sebenarnya, jika dikemudian hari ternyata terdapat hal yang tidak benar, saya wajib mengembalikan semua uang yang saya terima dari hak tersebut diatas, serta bersedia dituntut di muka pengadilan.

....., ...19...

Nama : _____

Ditetapkan di : J a k a r t a
27 - 2 - 1993

Perpustakaan Unika

II. TABEL PERSENTASE SANTUNAN TUNJANGAN CACAD TETAP SEBAGIAN DAN CACAD-CACAD LAINNYA.

MACAM CACAD TETAP SEBAGIAN	:	% X UPAH
- Lengan kanan dari sendi bahu ke bawah	:	40
- Lengan kiri dari sendi bahu ke bawah	:	35
- Lengan kanan dari atau dari atas siku ke bawah	:	35
- Lengan kiri dari atau dari atas siku ke bawah	:	30
- Tangan kanan dari atau dari atas pergelangan ke bawah	:	32
- Tangan kiri dari atau dari atas pergelangan ke bawah	:	28
- Kedua belah kaki dari pangkal paha ke bawah	:	70
- Sebelah kaki dari pangkal paha ke bawah	:	35
- Kedua belah kaki dari mata kaki ke bawah	:	50
- Sebelah kaki dari mata kaki ke bawah	:	25
- Kedua belah mata	:	70
- sebelah mata atau diplopia pada penglihatan dekat	:	35
- Pendengaran pada kedua belah telinga	:	40
- Pendengaran pada sebelah telinga	:	20
- Ibu jari tangan kanan	:	15
- Ibu jari tangan kiri	:	12
- Telunjuk tangan kanan	:	9
- Telunjuk tangan kiri	:	7
- Salah satu jari lain tangan kanan	:	4
- Salah satu jari lain tangan kiri	:	3
- Ruas pertama telunjuk kanan	:	4,5
- Ruas pertama telunjuk kiri	:	3,5
- Ruas pertama jari lain tangan kanan	:	2
- Ruas pertama [illegible]		1,5

Perpustakaan Unika

PRESIDEN
REPUBLIK INDONESIA.

Kehilangan penglihatan warna	:	10
Setiap kehilangan lapangan pandang 10 %	:	7

PRESIDEN REPUBLIK INDONESIA

ttd

S O E H A R T O

Salinan sesuai dengan aslinya
SEKRETARIAT KABINET RI
Kepala Biro Hukum dan Perundang-undangan

Bambang Kesowo, S.H., LL.M.