

## PETUNJUK PENGISIAN SURAT PERMINTAAN UJI MANFAAT

Pengisian secara lengkap akan mempercepat proses pengujian.

Poin	Cara Pengisian
Tanggal	Diisi dengan tanggal pengisian
Nama Produk	Diisi dengan Nama Produk untuk dicantumkan apda Laporan
Kategori Produk	Lingkari yang sesuai atau coret yang tidak perlu
Nama Perusahaan	Diisi dengan Nama Perusahaan untuk dicantumkan pada Laporan
No Batch	Diisi dengan Nomor Batch Produk (jika ada)
1	Beri tanda "V" sesuai tujuan pengujian
2	Diisi dengan parameter uji yang diinginkan serta waktu manfaat produk sesuai klaim yang akan dicantumkan pada produk
	Beri tanda "-" apabila pernyataan tidak memerlukan jawaban atau tidak sesuai
3	Beri tanda "V" pada Jenis Kelamin dan Umur sesuai sasaran produk
4	Beri tanda "V" pada pernyataan yang memiliki pilihan.
	Isi pada titik-titik (...) sesuai dengan pemakaian produk
	Beri tanda "-" apabila pernyataan tidak memerlukan jawaban atau tidak sesuai
5	Beri tanda "V" pada produk pendukung yang diperlukan dan isi nama produk pada titik-titik (...)
6	Beri tanda "V" pada pembanding / kontrol sesuai dengan uji yang diinginkan; Beri tanda "V" pada pilihan kontrol sesuai dengan uji yang diinginkan
7	Diisi dengan pH, Warna, dan Bentuk sediaan sesuai dengan sifat fisiko kimia produk
8	Beri tanda "V" pada bahasa yang diinginkan untuk Laporan Hasil Pengujian
9	Beri tanda "V" pada pernyataan yang paling sesuai
Sponsor	Cantumkan nama, tandatangan, nama perusahaan, dan stempel perusahaan penanggung jawab pengujian / produk

### KETERANGAN SIMBOL:

- \* )Lingkari/lengkapi yang sesuai
- ^ )Ada penambahan biaya

### PERNYATAAN KEBIJAKAN MUTU

PT. Assetra Inno Medikos sebagai perusahaan Jasa Pengujian Produk Kosmetika dan Toiletries di Indonesia bertekad untuk:

- Menerapkan Sistem Manajemen Mutu yang mengutamakan Kepuasan Pelanggan.
- Mentaatiperaturan perundang-undangan dan regulasi yang berlaku,
- Menerapkan pemikiran berbasis resiko untuk menghilangkan ketidaksesuaian potensial untuk perbaikan berkesinambungan.
- Mengkomunikasikannya kepada seluruh karyawan dan pimpinan serta pihak-pihak terkait.



Nomor

       
**SURAT PERMINTAAN UJI MANFAAT**

Tanggal : .....  
 Nama Produk : .....(untuk ditulis pada laporan)  
 Kategori Produk : Kosmetik / Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) / Lainnya: .....\*  
 Nama Perusahaan : .....(untuk ditulis pada laporan)  
 No. Batch : .....

1. Tujuan Pengujian :  Klaim Produk  Riset
2. Parameter Uji : .....  
 Dalam waktu .....hari / minggu (sesuai klaim yang akan dicanangkan pada produk)
3. Sasaran Produk : **JenisKelamin :**  
 Wanita  Pria ^  
**Umur :**  
 Remaja (12-17 tahun)^  Dewasa (18-55 tahun)  
 Usia Lanjut (> 55 tahun)  Lain-lain : .....tahun
4. Pemakaian Produk : **Lokasi Pemakaian**  
 Wajah  Mata  Rambut  Lain-lain: .....  
 Lengan  Badan  Bibir  
**Jenis dan Kondisi Kulit**  
 Berminyak  Normal  Kering  Semua jenis kulit  
**Kondisi khusus, jika perlu :**  
 Berjerawat  Menua  Bernoda  
 Sensitif ^  Rontok  
**Frekuensi Pemakaian dalam satu hari:**  
 1 kali ( Pa / Si / Ma )\*  2 kali ( Pa/ Si/ Ma )\*  
 3 kali ( Pa / Si / Ma)\*  
**Cara Pemakaian :**  
 dioleskan  dipijat  digosok  dibusakan  Lain-lain : .....  
**Uraikan cara pakai :** .....  
**Apakah perlu didiamkan ?**  Ya, berapa lama.....  Tidak  
**Apakah perlu dibilas ?**  Ya  Tidak  
**Jika perlu pengenceran, berapa mL pemakaian** .....
5. Produk pendukung (jika diperlukan) :  
 Shampoo .....  
 Sabun .....  
 Lainnya.....
6. Pembandingan/Kontrol :  Dengan pembandingan :  Tanpa Perlakuan  
 (sebutkan) .....  
 Plasebo (basis produk)  Lainnya : .....
7. Sifat fisiko kimia produk : pH : ..... Warna : .....  
 Bentuk Sediaan : .....
8. Laporan :  Bahasa Indonesia  Bahasa Inggris  
 Bahasa Indonesia dan Bahasa Inggris ^
9. Apakah produk uji Anda diatas dibuat / diproduksi oleh :  
 Pabrik dengan Sertifikat CPKB/CPOB  
 Sendiri tanpa mengikuti CPKB/CPOB  
 Pabrik yang mengikuti CPKB namun belum tersertifikasi  
 Lainnya.....

Sponsor

PT.....