



**PT. PELAYARAN SUMBER REJEKI B.P.**  
**MELAYANI ANGKUTAN LAUT**

Head Office : Jln. Kakiy No. 11 Ambon Telp. (0911) - 352782, (0911) - 341668, (0911) - 355842 Fax. (0911) - 342814  
Branch Office : Jln. Cempaka Putih Tengah I No. 5C, Jakarta Telp. (021) - 420 8311, (021) - 420 7755, (021) - 420 8076  
Fax. (021) 424 7292

Nomor : 0142/PT. PSR.BP/SHP-ABN/11/26  
Lampiran :  
Perihal : Permintaan Pemeriksaan Sanitasi Kapal  
Untuk Penerbitan SSCC/SSCEC

Ambon, 26 Februari 2025

Kepada Yth :

Kepala Balai Kekarantinaan Kesehatan  
Pelabuhan Ambon  
di-

A m b o n

Dengan hormat,

Bersama ini kami minta agar kapal kami tersebut dibawah ini dilakukan pemeriksaan sanitasi kapal untuk Mendapatkan pembaharuan Sertifikat Bebas Tikus Tindakan Sanitasi Kapal/Sertifikat Tindakan sanitasi kapal, kapal tersebut bersedia untuk diperiksa/di gas dalam keadaan palka-palka kosong/berisi\*)

Pada tanggal : 26-02-2026 jam:10.00 wit Di: Wayame – Ambon

Ketentuan – ketentuan yang diperlukan :

Nama / Name Of Ship : Manunggal 01  
Jenis Kapal / Kind Of Ship : Tugboat  
Bendera / Flag : INDONESIA  
Nomor Registrasi IMO : -  
Besar Kapal / Tonnage : 100 GT  
Nama / Name Of Ship : TK. Capricorn 15  
Jenis Kapal / Kind Of Ship : Tongkang  
Bendera / Flag : INDONESIA  
Nomor Registrasi IMO : -  
Besar Kapal / Tonnage : 1000 GT  
Nama Pemilik / Agen / Owner : PT. PEL. SUMBER REJEKI B.P  
Datang dari / Last Port : Kasim Sale/ Sorong  
Tanggal / Jam Diperiksa : 26-02-2026 /Jam: 10.00 Wit  
Lokasi Labuh – Sandar / Anchorage-Berthing At : Wayame  
Jumlah ABK / Penumpang / Number Of Crew / Passenger : 10 ORANG  
Kapal telah mendapatkan buku kesehatan di : Bula Tanggal : 27-05-2025  
KETERANGAN SSCC / SSCEC yang terakhir pada tanggal : 02-09-2025 dari Pelabuhan : Ambon  
Keberangkatan diharapkan pada tanggal : Jam : Wit  
Alamat dan Nomor Telp. Agen / Pemilik Kapal Untuk Urusan Pembayaran dll : JL. Kakiy No 11- Ambon



Tanda tangan dan nama  
Agen / Pemilik Kapal

Tanda tangan dan nama  
Nakhoda/Wk/Nakhoda

(JEMMY SOUTH0)  
NAKHODA

Diisi oleh Kantor Kesehatan Pelabuhan Ambon

Diterima pada tanggal : ..... Jam: ..... Dengan / Tanpa\*) Penyerahan keterangan yang  
Diperlukan/diperbaharui

Tanda tangan yang menerima  
Kepala Kantor Kesehatan  
Pelabuhan Ambon