

Perihal : **Permohonan Surat Izin Apotek**

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Parigi Moutong
Di-
Parigi

Dengan Hormat

Bersama ini perkenankan kami mengajukan untuk di berikan Surat Izin Apotek, dengan data – data sebagai berikut :

1. Pemohon

Nama :
No. STRA :
No. KTP :
Alamat :
Nomor Telpon :

2. Apotek

Nama Apotek :
Alamat Apotek :
Kecamatan :
Kabupaten :

3. Dengan Menggunakan Sarana Milik Orang Lain

Nama Pemilik Sarana :
Alamat Apotek :
NPWP :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto Copy STRA
2. Foto Copy KTP (Pemohon, pemilik sarana apotek, Apoteker Pengelola Apotek)
3. Foto Copy Denah tempat Apotek dan Denah Ruang Apotek
4. Foto Copy Surat yang menyatakan Status Bangunan dalam Bentuk Akte Milik Sewa Kontrak
5. Foto Copy Kartu BPJS kesehatan
6. Akte Perjanjian Kerjasama Apoteker Pengelola Apotek dengan Pemilik Sarana Apotek
7. Daftar asisten Apoteker
8. Foto Copy daftar terperinci alat perlengkapan Apotek

9. Surat Pernyataan dari APA tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi apoteker pengelola diapotek lain
10. Surat pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran perundang –undangan dibidang obat – obatan
11. Foto Copy Nomor Induk Berusaha (NIB)
12. Foto Copy NPWP
13. Pas Photo 3 x 4 = 3 Lembar
14. Map Snelhektek Biru

Demikian Surat Permohonan ini kami ajukan, atas pertimbangan dan perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Parigi,

Hormat Kami
Pemohon

(.....)

