

FORMULIR PERMOHONAN IJIN APOTEK

Nomor :
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Ijin Apotek**

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman
Modal dan Pelayanan Terpadu
Satu Pintu Kab. Sinjai
di-
Sinjai

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan ijin apotek dengan data-data sebagai berikut :

1. Pernohonan :
Nama Pemohon :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor Telepon :
Pekerjaan :
Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :
2. Apotek :
Nama Apotek :
Alamat :
Nomor Telepon :
Kecamatan :
Kabupaten :
Propinsi :
3. Dengan menggunakan sarana : Milik Sendiri/ Milik Pihak Lain
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :
Nomor Pokok Wajib Pajak :

Bersama permohonan ini kami lampirkan :

1. Pas Photo 4x6 latar merah sebanyak 2 lembar
2. Rekomendasi dari dinas Kesehatan
3. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Praktek Apoteker (SIPA)
4. Salinan/ Fotocopy Kartu Penduduk
5. Salinan/ Fotocopy Denah Bangunan
6. Surat yang mengatakan status bangunan dalam bentuk akta hak milik/ sewa/ kontrak
7. Daftar Asisten Apoteker dengan mencantumkan nama, alamat, tanggal lulus dan nomor surat ijin kerja
8. Asli dan salinan/ fotocopy daftar terperinci alat perlengkapan apotek
9. Surat pernyataan dari Apoteker pengelola apotek bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi apoteker pengelola apotek di apotek.
10. Asli dan salinan/fotocopy surat ijin atasan bagi pemohon pegawai negeri, anggota ABRI dan pegawai instansi pemerintah.
11. Akte perjanjian kerjasama Apoteker pengelola apotek dengan Pemilik Sarana Apotek.
12. Surat pernyataan surat pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundang-undangan di bidang obat
13. Salinan/ Fotocopy Tanda Daftar Perusahaan (TDP)
14. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Tempat Usaha (SITU)
15. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP)
16. Salinan/ Fotocopy Surat Ijin Gangguan (HO)

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan bapak/ ibu kami ucapkan terima kasih.

Sinjai,

201

Yang Bermohon

Materai