Perihal : Permohonan Izin Apotek

Kepada Yth,

Kepala Dinas Penanaman Modal, PTSP Dan Tenaga Kerja

Kabupaten Solok

Di

Arosuka

Dengan Hormat,

Bersama ini kami sampaikan permohonan untuk mendapatkan izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Pemohon  Nama Pemohon  NIK  Alamat  No Telepon  Pekerjaan  NPWP | :  :  : :  :  : |  |
| 2. | Apotek  Nama Apotek  Alamat  Nomor Telepon  Alamat | :  :  :  : |  |
| 3. | Dengan Menggunakan Sarana  Nama Pemilik Sarana  Alamat  NPWP | :  :  :  : |  |

Bersama permohonan ini kami sampaikan:

|  |
| --- |
| 1. Surat Permohonan; |
| 1. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan; |
| 1. Foto copy STRA yang dilegalisir; |
| 1. Foto copy KTP pemohon; |
| 1. Foto copy NPWP pemilik dan Apoteker; |
| 1. Peta lokasi dan denah bangunan Apotik; |
| 1. Peta Sarana Prasarana dan peralatan (instalasi air bersih, instalasi listrik, sistem tata udara dan sistem proteksi kebakaran); |
| 1. Surat pernyataan penanggung jawab sebagai penanggung jawab Apotek; |
| 1. Foto Copy SIUP dan SITU; |
| 1. status bangunan dalam bentuk hak milik/ kontrak; |
| 1. fotokopi akta bagi perusahaan yang berbadan hukum; dan |
| 1. pas photo apoteker pengelola apotik dan pemegang sarana apotik masing-masing ukuran 3 x 4 sebanyak 2 (dua) lembar |

Demikianlah surat ini Saya buat, atas perhatian Bapak Saya ucapkan terima kasih.

.........................,......,................... 20....

(......................................)