PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40 Pangkajene Telp.(0410) 22008 KP. 90611

PERMOHONAN SURAT IZIN PENYELENGGARAAN OPTIKAL

Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Pangkep
di -
Pangkajene

Yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Penyelenggaraan Optik Sebagaimana Dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 920/MENKES/PER/IV/1979 tentang penyelenggaraan Optik.

Nomor KTP :
Nama Pemohon :
Alamat Rumah & No. Telp :
Tempat/Tgl Lahir :
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Pekerjaan Sekarang :
NPWP :
Nomor STRRO :
STRRO Berlaku s/d :
Nomor SIKRO :
SIKRO Berlaku s/d
Nama Optik :
Alamat Optik :
Kecamatan :
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :
:
Permohonan Izin : ☐ Baru ☐ Perpanjangan ☐ Perubahan
No. Rekomendasi OP :
Email :
Kode Pos :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan bermaterai 10000 (1 Lembar);
2. Foto Copy KTP Setempat (2 Lembar);
3. Foto Copy NIB (2 Lembar);
4. Foto Copy IMB (2 Lembar);
5. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
6. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama;
7. Foto Copy PBB terakhir yang telah lunas;
8. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep ;
   Persyaratan untuk mendapatkan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain :
   a. Surat Keterangan Berbadan Sehat:
   b. Rekomendasi dari Organisasi Profesi:
   c. Foto Copy STRRO:
   d. SIPRO
   e. Perjanjian kerja sama antara RO dan Pemilik dari Notaris:
   f. Surat pernyataan taat pada Peraturan Undang-Undang yang berlaku:

Syarat tersebut akan divisitasi oleh Bidang Bina Pelayanan Kesehatan (Seksi POM dan Farmasi)
Demikian Permohonan ini diajukan dan atas Persetujuannya diucapkan terima kasih.

.....

P e m o h o n,

materai
10000