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 APOTEK

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 Apotek sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1332/MENKES/X/2002 tentang ketentuan dan tata cara pemberian Izin Apotik.

Nomor KTP :
Nama Pemohon :
Alamat Rumah & No. Telp :
Tempat/Tgl Lahir :
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Nomor SIPA :
Nama Apotek :
Alamat Apotek :
Kecamatan :
Menggunakan Sarana :
Nama Pemilik Sarana :
Akte Perjanjian :
Nomor :
Tanggal :
Notaris :
Alamat Notaris :
Permohonan Izin : ☐ Baru ☐ Perpanjangan ☐ Perubahan
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 IMB (2 Lembar);
4. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
5. Foto Copy SIUP / NIB (OSS)
6. Foto Copy PBB yang lunas
7. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama;
8. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep;
   a. Foto Copy SIKTTK (Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian);
   b. Denah Lokasi Bangunan Apotik dan Denah Situasi Apotek (2 Lembar);
   c. Surat Izin Atasan (Bagi Pemohon PNS, Anggota ABRI dan Karyawan Instansi Pemerintah (2 Lembar);
   d. Surat Pernyataan Pemilik sarana Apotek (PSA) tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundang-Undangan;
   e. Surat pernyataan penanggungjawab sarana tidak pernah melakukan pelanggaran Perundang-Undangan sesuai dengan Profesi dan aturan lainnya;
   f. Surat Perjanjian Kerja Sama antara PSA dengan penanggungjawab dari Notaris;
   g. Surat Perjanjian Kerja Sama antara PSA dengan Asisten Apoteker;
   h. Surat Keterangan Apoteker bahwa tidak bekerja pada Perusahaan Farmasi Lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek (APA) di Apotek lain (2 Lembar);

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

.....