



PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40, Tumampung, Pangkajene, Pangkajene Kepulauan, Sulawesi Selatan 90614
Website : <https://dpmpstp.pangkep.kab.go.id> email : ptsp.kab.pangkajene@gmail.com

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
Email	:	
Kode Pos	:	

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan (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. Foto Copy STRRO;
 - c. SIPRO
 - d. Perjanjian kerja sama antara RO dan Pemilik dari Notaris;
 - e. 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,