**PERMOHONAN IZIN APOTEK**

Rantepao, ………………………

Kepada

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Toraja Utara

di *–*

Rantepao

Dengan Hormat,

Dalam rangka Pelaksanaan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 1332/MENKES/SK/X/2002 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor : 922/MENKES/PER/SK/X/1993 tentang ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotek, bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon

Nama Pemohon : …………………………………………………….

Nomor Surat Izin Praktik Apoteker : …………………………………………………….

Nomor Kartu Tanda Penduduk : …………………………………………………….

Alamat : …………………………………………………….

No. HP/ Email : …………………………………………………….

Pekerjaan Sekarang : …………………………………………………….

Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) : …………………………………………………….

1. Apotek

Nama Apotek : …………………………………………………….

Alamat dan Nomor Telepon :……………………………………………………..

Kecamatan : …………………………………………………….

Provinsi : …………………………………………………….

1. Dengan Menggunakan Saran : Milik Sendiri / Milik Pihak Lain \*)

Nama Pemilik Sarana : …………………………………………………….

Alamat : …………………………………………………….

Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) : …………………………………………………….

Sesuai ketentuan yang berlaku, sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan persyaratan – persyaratan sebagai berikut :

1. Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Pemohon (Apoteker) yang masih berlaku
2. Fotocopy Surat Izin Praktik Apoteker;
3. Fotocopy Akta Perjanjian Kerja sama antara Pemilik Sarana Apotek dengan Apoteker yang melakukan Praktik di Apotek (dilampirkan bila menggunakan sarana Apotek milik pihak lain).
4. Asli dan Foto copy Surat Persetujuan dari Atasan (dilampirkan bagi pemohon Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI/POLRI dan pegawai Instansi Pemerintah lainnya).
5. Surat Pernyataan dari Apoteker bahwa tidak bekerja tetap pada Perusahaan Farmasi lain dan tidak melakukan Praktik di Apotek lain;
6. Surat Pernyataan Pemilik Sarana tidak pernah terlibat pelanggaran Peraturan Perundang – undangan di bidang obat;
7. Surat Pernyataan Status Tanah/Bangunan dalam bentuk Akta Hak Milik / Sewa / Kontrak;
8. Foto Copy Izin Mendirikan Bangunan (IMB) Apotek;
9. Surat Perjanjian Kontrak Bangunan minimal 5 Tahun \*\*);
10. NIB (Nomor Induk Berusaha)
11. Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP);
12. Daftar terperinci alat perlengkapan beserta karyawan Apotek;
13. Foto Copy Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian \*\*\*);
14. Gambar Lokasi dan Denah Bangunan Apotek; dan
15. Pas photo terbaru berwarna dari pemohon ukuran (4x6)cm dan (3x4)cm masing – masing 2 (dua) lembar.

Demikian surat permohona ini, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pemohon,

*Materai*

*10.000*

(…………………………)