**FORMULIR PERMOHONAN IZIN PEDAGANG OBAT / IZIN TOKO OBAT**

Rantepao,……………….

Kepada

 Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Toraja Utara

di -

 Rantepao

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ………………………………………

Tempat / Tanggal Lahir : ………………………………………

Pekerjaan / Jabatan : ………………………………………

Alamat Rumah : ……………………………………...

Nomor Telepon :……………………………………….

NPWP : ………………………………………

Email : ………………………………………

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan Izin Pedagang Eceran Obat / Izin Toko Obat dengan data - data sebagai berikut :

Nama Toko Obat : ………………………………………

Alamat Toko Obat : ………………………………………

Asisten Apoteker sebagai Penanggung Jawab Teknis Farmasi,

Nama : ……………………………………..

Alamat Rumah : ……………………………………..

Nomor SIKTTK : ……………………………………..

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. Fotocopy KTP yang masih berlaku
2. Surat Perjanjian Kontrak Kerjasama antara Pemilik Sarana dengan Asisten Apoteker
3. Fotocopy SIKTTK dari Dinas Kesehatan Kabupaten Toraja Utara
4. Fotocopy Izin Mendirikan Bangunan (IMB)
5. Surat Perjanjian Kontrak Bangunan minimal 5 tahun
6. Nomor Induk Berusaha (NIB)
7. Surat Izin Usaha Pedagang (SIUP)
8. Pas foto terbaru berwarna dari pemohon ukuran (4x6) sebanyak tiga (3) lembar
9. Gambar Lokasi dan Denah Bangunan Toko Obat

Demikian Surat Permohonan ini, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

 Pemohon,

 *Materai*

 *10.000*

 *(……………………)*