



FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN IZIN APOTEK (SIA)

(Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf cetak atau diketik)

Batu,

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) bendel
Perihal : **Permohonan Pendaftaran Izin Apotek
(SIA)**

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal PTSP dan
Tenaga Kerja Kota Batu
di
BATU

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
No. KTP :
Tempat & tanggal lahir :
Alamat Rumah :
No. Telp/HP :
No. STRA :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada:

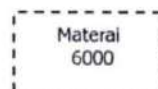
Nama Apotek :
Alamat Apotek :
No Telp :

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek, dengan ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Apotek. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. Fotokopi KTP pemohon
2. Fotocopy STRA yang telah dilegalisir dan masih berlaku
3. Fotocopy STRTTK yang telah dilegalisir dan masih berlaku
4. Fotocopy NPWP Apoteker
5. Peta Lokasi dan Denah Bangunan
6. Daftar Prasarana, Sarana, dan Peralatan
7. Fotocopy Izin Mendirikan Bangunan (IMB)
8. SIA asli (untuk perpanjangan)
9. Surat Kuasa bermaterai dan fotocopy KTP Penerima Kuasa jika dikuasakan
10. Berkas rangkap 2 (dua)

Demikian Surat Permohonan ini, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Batu,



(.....)