

KOP SURAT

Perihal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Kepulauan Yapen
di -
Serui

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
No. KTP :
Alamat :
Telepon :
NPWP :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :(tanggal, bulan, tahun)

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

Nama Apotek :
Alamat Apotek :
Telepon :
Desa/Kelurahan :
Kabupaten/Kota :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRA;
- b. Fotokopi Ijazah Apoteker yang telah dilegalisir;
- c. Fotokopi KTP Pemohon/Apoteker;
- d. Fotokopi KTP Pemilik Sarana Apotek (PSA);
- e. Fotokopi SIPA;
- f. Fotokopi sertifikat tanah, bukti kepemilikan lain dan/atau surat kontrak/surat perjanjian sewa menyewa yang disahkan notaris;
- g. Fotokopi NPWP Apoteker dan PSA;
- h. Fotokopi BPJS Apoteker dan PSA;
- i. Fotokopi SIUP;
- j. Fotokopi IMB;
- k. Fotokopi STRTTK dan SIPTTK;
- l. Fotokopi peta lokasi dan denah bangunan;
- m. Daftar prasarana, sarana, dan peralatan;
- n. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan;
- o. Akta/Surat Perjanjian Kerjasama antara Pemilik Sarana Apotek dan Apoteker (bermaterai Rp. 6000);
- p. Pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 cm = 3 Lembar.

Demikian, atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Serui,201...

Pemohon,

(.....)

Nama Lengkap