

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Apotek

Kepada
Yth. Bupati Karanganyar
Lewat
Kepala DPMPTSP
Kabupaten Karanganyar
di
Karanganyar

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Apotek dengan data-data sebagai berikut:

1. Pemohon

Nama Pemohon :
Nomor Surat Izin Praktik :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor Telepon :
Pekerjaan Sekarang :
NPWP :

2. Apotek

Nama Apotek :
Alamat dan Nomor Telepon :
Kecamatan :
Provinsi :
Dengan Menggunakan Sarana : Milik Sendiri/Milik Pihak Lain *
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :
NPWP :

Bersama permohonan ini kami lampirkan

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
2. Fotokopi Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)
3. Proposal + Rekomendasi IAI Karanganyar
4. Fotokopi Izin Peruntukan Penggunaan Tanah (IPPT)/Rekomendasi Pemanfaatan Tanah (RPT) **
5. Fotokopi Izin Mendirikan Bangunan (IMB)
6. Fotokopi Izin Gangguan (HO)
7. Fotokopi denah bangunan
8. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akta hak milik/sewa/kontrak
9. Daftar asisten apoteker (nama, alamat, tahun lulus dan surat izin kerja tenaga teknis kefarmasian)
10. Daftar alat perlengkapan apotek
11. Surat pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotek bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek di apotek lain (bermeterai Rp 6.000,00)
12. Surat izin atasan lain bagi pemohon yang bekerja sebagai PNS/TNI/POLRI atau pegawai instansi pemerintah lainnya
13. Surat pernyataan Pemilik Sarana Apotek bahwa tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan dibidang obat (bermeterai Rp 6.000,00)
14. Akta perjanjian kerjasama antara Apoteker Penanggung Jawab Apotek dan Pemilik Sarana Apotek

Demikian surat permohonan ini diajukan untuk menjadikan periksa dan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

....., 20

.....
Hormat kami

Meterai
Rp 6.000,00

*pilih yang sesuai
**bila memiliki