

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Rekomendasi izin Apotek Kepada Yth.
(perpanjangan)

Kepala Dinas Kesehatan Kab Sleman

Di
SLEMAN

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

1 Pemohon
Nama Pemohon :
Nomor STRA :
Nomor Surat izin Praktik Apoteker/SIPA :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor Telepon :
Pekerjaan Sekarang :

2. Apotek
Nama Apotek :
Alamat :
Nomor Telepon :
Kecamatan :
Propinsi :

3 Dengan Menggunakan sarana : Milik sendiri/milik pihak lain
Nama Pemilik sarana :
Alamat :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Foto Copi NPWP
3. Foto Copy Izin IMB,
4. Dokumen pengelolaan Lingkungan (SPPL)
5. Hasil pemeriksaan kualitas air dari Laboratorium Dinas Kesehatan Kab. Sleman
6. Foto copi Surat Izin Apotek sebelumnya
7. Daftar ketenagaan yang bekerja di apotek
8. Foto copi SIPA Apoteker Penanggung Jawab
9. Foto copi SIPA Apoteker Pendamping
10. Surat Kuasa bermeterai Rp. 6.000
11. Foto copi KTP yang diberi kuasa
12. OSS → oss.go.id
13. SLF → Sertifikat Laik Fungsi

Demikian permohonan ini kami ajukan dalam rangkap 2 (dua) dan kami bertanggung jawab atas kebenaran data dan syarat-syarat terlampir. Atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Sleman,
Pemohon

(.....)

MAP HIJAU