

Nomor :
 Lampiran :
 Perihal : Permohonan Rekomendasi Kepada Yth.
 Izin Toko Obat
 Kepala Dinas Kesehatan Sleman
 Di
 Sleman

Bersama ini kami mengajukan
 permohonan untuk mendapatkan
 Rekomendasi Izin Toko Obat dengan
 data-data sebagai berikut

- 1 Pemohon Nama
 Pemohon :
 Nomor Surat izin kerja/Surat Penugasan :
 Nomor Kartu Tanda Penduduk :
 Alamat dan Nomor Telepon :
 Pekerjaan Sekarang :
 NPWP :
- 2 Toko Obat :
 Nama Toko Obat :
 Alamat :
 Nomor Telepon :
 Kecamatan :
 Propinsi :
- 3 Dengan Menggunakan sarana : Milik sendiri/milik pihak lain
 Nama Pemilik sarana :
 Alamat :
 Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :
- 4 Penanggung Jawab Teknis Toko Obat :
 Nama :
 No. SIK/SP:
 Alamat :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Salinan/Foto Copy Denah Bangunan dan Peta lokasi
3. Print Out OSS (NIB)
4. Salinan/Foto Copy Surat Izin Kerja Asisten Apoteker
5. Surat Pernyataan AA tidak bekerja tetap pada Perusahaan Farmasi/Toko Obat/Apotek lain
6. Surat Pernyataan Kesanggupan TTK sebagai penanggung jawab Toko Obat dan bersedia melaksanakan peraturan Perundang-undangan yang berlaku (bermaterai Rp 6.000,-)
7. Hasil pemeriksaan kualitas air dari Labolatorium Dinas Kesehatan Kab. Sleman
8. Surat Pernyataan Pemilik Toko obat tidak terlibat pelanggaran usaha di bidang farmasi (bermaterai Rp 6.000,-)
9. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik/sewa/kontrak .
10. Surat kuasa bermaterai Rp 6.000,-
11. Foto Copy KTP yang diberi kuasa.

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.

.....

(.....)