

Nomor : .....  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Rekomendasi Izin Kepada Yth.

UMOT

Kepala Dinas Kesehatan Sleman

Di

SLEMAN

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

1 Pemohon

Nama Pemohon : .....  
Nomor Surat izin kerja/SIP : .....  
Nomor Kartu Tanda Penduduk : .....  
Alamat dan Nomor Telepon : .....  
Pekerjaan Sekarang : .....  
NPWP : .....

2 Toko Alat Kesehatan

Nama Toko : .....  
Alamat : .....  
Nomor Telepon : .....  
Kecamatan : .....  
Propinsi : .....

3 Dengan Menggunakan sarana : Milik sendiri/milik pihak lain

Nama Pemilik sarana : .....  
Alamat : .....  
Nama : .....  
NPWP : .....

4 Penanggung Jawab Teknis UMOT ( Kalau Ada)

Nama : .....  
No. SIK/SIP : .....  
Alamat : .....

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

- 1) Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
- 2) Print Out OSS (NIB)
- 3) Salinan/Foto Copy Denah Bangunan dan Peta lokasi
- 4) fotokopi akta pendirian badan usaha perorangan yang sah sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, kalau bukan perorangan
- 5) susunan Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas dalam hal permohonan bukan perseorangan;
- 6) pernyataan pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang farmasi;
- 7) Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik/sewa/kontrak
- 8) pernyataan pemohon dan/atau Direksi/Pengurus dan Komisaris/Badan Pengawas tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang farmasi;
- 9) memiliki paling rendah tenaga teknis kefarmasian atau tenaga kesehatan tradisional jamu berkewarganegaraan Indonesia sebagai penanggung jawab teknis;
- 10) Fotokopi Surat Izin Usaha Perdagangan dalam hal permohonan bukan perseorangan;
- 11) Hasil pemeriksaan kualitas air dari Laboratorium Dinas Kesehatan Kab. Sleman
- 12) Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak;