

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin Apotek  
( Karena Pergantian Nama Apotek)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sleman  
Di  
SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin apotek karena pergantian Nama 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 : .....

4 Dengan menggunakan sarana : Milik sendiri/Milik Pihak Lain

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

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Akta PT/CV bila PSA merupakan Badan Hukum
3. Salinan/Foto Copy Surat Izin Praktik Apoteker/SIPA penanggung jawab
4. Salinan/Foto Copy Surat Izin Praktik Apoteker/SIPA pendamping
5. Salinan/Foto Copy SIK Tenaga Teknis Kefarmasian ( Kalau mempekerjakan Tenaga Teknis Kefarmasian)
6. Struktur Organisasi dan uraian tugas
7. Perlengkapan administrasi apotek
8. Daftar ketenagaan yang bekerja di apotek
9. Surat Kuasa bermeterai Rp. 6.000
10. Foto copi KTP yang diberi kuasa
11. OSS-> oss.go.id
12. 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**