

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Kepada Yth.

PKRT

Kepala Dinas Kesehatan Sleman

Di

SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Rekomendasi Izin PKRT 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 PKRT

Nama PKRT :
Alamat :
Nomor Telepon :
Kecamatan :
Propinsi :

3 Dengan Menggunakan sarana : Milik sendiri/milik pihak lain

Nama Pemilik sarana :
Alamat :
Nama :
NPWP :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

- 1) Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
- 2) Salinan/Foto Copy Denah Bangunan dan Peta lokasi
- 3) Print Out OSS
- 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) Sertifikat pelatihan pelaksanaan perusahaan rumah tangga yang baik bagi Pelaku usaha;
- 8) memiliki sarana bangunan dengan status miliksendiri, kontrak atau sewa paling singkat 2 (dua) tahun;
- 9) memiliki prasararlayang memadai; dan
- 10) berita acara pemeriksaan.