

Perihal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)

KepadaYth,  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung  
Di-  
Bandar Lampung

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

- 1. Nama Lengkap : .....
- 2. No. KTP : .....
- 3. Alamat : .....  
.....  
Telepon .....
- 4. NPWP : .....
- 5. No. STRA : .....
- 6. Masa berlaku STRA sampai : ..... (tanggal bulann tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan SIA, pada :

- 1. Nama Apotek : .....
- 2. Alamat Apotek : .....  
.....
- 3. Kelurahan : .....
- 4. Kecamatan : ..... 5. Kota : .....
- ..... 6. Telepon : .....
- ..... 7. E-mail : .....
- .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopy STRA Legalisir KFN/Dinas Kesehatan Kota (dengan menunjukkan STRA Asli)
- b. Fotocopy KTP, PBB, NPWP,BPJS
- c. Pas foto terbaru berwarna 4x6, 5 lembar
- d. Fotocopy peta lokasi dan denah bangunan
- e. Surat yang menyatakan status bagunan dalam bentuk hak milik/sewa/kontrak Daftar prasarana, sarana, dan peralatan :
  - DaftarAsisten apoteker dengan mencantumkan Nama, Alamat, Tanggal Lulus dan Nomor Surat Tanda Registrasi TTK
  - Asli dan Salinan/fotokopi daftar terperinci alat perlengkapan ApotekAkte perjanjian kerja sama Apoteker Pengelola Apotek dengan pemilik sarana Apotek  
Surat Pernyataan Pemilik Sarana tidak terlibat pelanggaran Perundang-undangan dibidang Obat  
Rekomendasi dari Dinas Kesehatan  
Fotocopy SIPA

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, .....  
Pemohon

Materai Rp. 6.000

(.....)  
Nama lengkap