



DINPM PTSP KAB. DEMAK

FORMULIR MUTU IZIN APOTEK RAKYAT

Halaman

PERMOHONAN IZIN APOTEK RAKYAT

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal & Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
Kabupaten Demak
Di

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama :
2. Nomor Surat Izin Kerja/Surat Penugasan :
3. Pekerjaan :
4. Alamat :
5. No.Telp./ HP :

Dengan ini mengajukan permohonan Izin Apotek Rakyat :

1. Nama Apotek :
2. Alamat :
3. No.Telp. :

Dengan Menggunakan Sarana : Milik Sendiri / Milik Pihak Lain

1. Nama Pemilik Sarana :
2. Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Fotocopy KTP Pemilik
2. Fotocopy Surat Izin Kerja Apoteker
3. Fotocopy IMB / Tanda Terima Permohonan IMB
4. Fotocopy Izin Gangguan (HO)
5. Fotocopy Sertifikat / bukti pemilikan tanah / Surat Sewa
6. Daftar Asisten Apoteker(mencantumkan Nama,Alamat,Tanggal Lulus&Nomor Surat Izin Kerja)
7. Asli&Fotocopy Daftar Terperinci Alat Perlengkapan Apotek
8. Surat Pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotek bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain&tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek di Apotek Lain.
8. Asli&Fotocopy Surat Izin dari Atasan (Bagi PNS,Anggota ABRI&Instansi Pemerintah Lainnya)
9. Fotocopy Akta Perjanjian Kerjasama Apoteker Pengelola Apotek dengan Pemilik Sarana Apotek
10. Surat Pernyataan pemilik Sarana tidak terlibat Pelanggaran Peraturan Per-UU-an di bidang Obat.

Demikian untuk menjadikan periksa.

Demak ,
Hormat Kami,

Materai
Rp.6.000

(.....)