**SURAT IZIN TOKO OBAT**

**NOMOR : ${number\_letter}**

Berdasarkan Rekomendasi Teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba Nomor ${no\_rekomendasi\_teknis} tanggal ${tgl\_rekomendasi\_teknis}. Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala DPMPTSP Kabupaten Bulukumba memberikan Izin Toko Obat kepada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Toko Obat | : | ${nama\_toko\_obat} |
| Alamat Toko Obat | : | ${alamat\_toko\_obat} |
| Telepon | : | ${telepon} |
| Desa / Kelurahan | : | ${desa\_kelurahan} |
| Kecamatan | : | ${kecamatan} |
| Kabupaten / Kota | : | Bulukumba |
| Masa Berlaku | : | ${masa\_berlaku\_surat} |

**Kepada :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ${nama\_pemohon} |
| Tempat, tanggal lahir | : | ${place\_of\_birth}, ${date\_of\_birth} |
| Alamat rumah | : | ${address\_ktp} |
| No. STRTTK | : | ${no\_strttk} |
| Masa Berlaku STRTTK | : | ${masa\_berlaku\_strttk} |

Surat Izin Toko Obat ini berlaku sampai dengan tanggal ${masa\_berlaku\_surat} dan akan dilakukan pengawasan setiap 6 (Enam) bulan sekali pada sarana Toko Obat.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Dikeluarkan di : Bulukumba |
|  |  | Pada Tanggal : ${terbit} |
| ${qr\_code} |  | |  |  | | --- | --- | |  | Kepala Dinas DPMPTSP  Dra. Hj. Umrah Aswani, MM  Pangkat : Pembina Utama Muda-IV/c  Nip : 19670304 199303 2 010 | |