

**BERKAS DIBUAT DUA RANGKAP**

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Izin Apotek

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
di  
Depok

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin apotek dengan data – data sebagai berikut :

1. Pemohon  
Nama pemohon : .....  
Nomor STRA : .....  
Nomor SIPA : .....  
Nomor KTP : .....  
Alamat dan no.telp : .....  
.....
2. Apotek  
Nama apotek : .....  
Alamat : .....  
.....
3. dengan menggunakan sarana: milik sendiri/ milik pihak lain  
nama pemilik modal : .....  
alamat : .....  
.....  
Nomor NPWP : .....

Bersama permohonan ini kami lampirkan :

1. Salinan / fotocopy surat tanda registrasi apoteker (STRA), surat izin penugasan apoteker (SIPA), lolos butuh (jika lulusan perguruan tinggi diluar provinsi Jawa Barat);
2. Salinan/ Foto copy Kartu Tanda Penduduk Apoteker penanggung jawab Apotek dan pemilik modal;
3. Salinan/ Foto copy denah bangunan apotek disertai ukuran dan peta lokasi;
4. Surat yang mengatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik/ sewa/ kontrak;
5. Daftar tenaga kefarmasian selain apoteker penanggung jawab minimal 2 (dua) orang (untuk apotek non 24 jam), minimal 4 (empat) orang (untuk apotek 24 jam) dengan melampirkan ijazah, surat sumpah (SMF, DIII far,asi, S1 farmasi, apoteker pendamping), surat lolos butuh (bagi lulusan luar provinsi Jawa Barat), Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) dan Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK) untuk SMF, DIII farmasi dan S1 farmasi, STRA dan SIPA untuk apoteker pendamping;
6. Asli dan foto copy surat izin atasan bagi pemohon Pegawai Negeri, Anggota ABRI dan Pegawai Instansi Pemerintah lainnya;
7. Akte perjanjian kerjasama apoteker penanggung jawab apotek dengan pemilik modal;
8. Surat pernyataan pemilik modal tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat;
9. IMB apotek
10. Surat izin gangguan/HO;
11. Foto copy NPWP Pemilik Sarana;
12. Rekomendasi organisasi profesi;
13. Rekomendasi dari kepala puskesmas setempat;
14. Asli dan salinan/ fotokopy daftar terperinci alat kelengkapan apotek;
15. Surat pernyataan dari apoteker penanggung jawab tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi apoteker penanggung jawab di apotek lain
16. Fc sppl

Depok, .....  
Yang memohon

Materai 6000,-  
( .....)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama apoteker : .....  
Nomor STRA : .....  
Nomor SIPA : .....  
Alamat : .....  
.....  
Nama apotek : .....  
Alamat : .....  
.....

Dengan ini menyatakan tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi apoteker penanggung jawab di apotek lain.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya.

Depok, .....

Materai 6000,-

( .....)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Tenaga Teknis Kefarmasian : .....  
Nomor STRTTK : .....  
Nomor SIK TTK : .....  
Alamat : .....  
.....  
Nama apotek : .....  
Alamat : .....  
.....

Dengan ini menyatakan bersedia bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian pada apotek tersebut di atas.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya.

Depok, .....

Materai 6000,-

( .....)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama pemilik modal : .....

Alamat : .....  
.....

Nama apotek : .....

Alamat : .....  
.....

Dengan ini menyatakan tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang – undangan di bidang obat.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya.

Depok, .....

Materai 6000,-

( .....)

**DAFTAR TERPERINCI ALAT PERLENGKAPAN APOTEK**

No.	Nama Alat	Jumlah	Keterangan

Depok, .....

Pemohon

( .....)