Yang bertanda tangan dibawah ini,		
Nama pemilik modal : Alamat		
Nama toko obat Alamat toko obat Nama penanggung jawab Nomor STRTTK Nomor SIKTTK :	:	
Dengan ini mengajukan permohonan izin toko obat. Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan: 1. Salinan/ fotokopi KTP Apoteker penanggung jawab Apotek rakyat dan pemilik modal; 2. salinan/ fotokopi ijazah, STRTTK, surat sumpah (untuk lulusan farmasi), lolos butuh bagi lulusan luar provinsi Jawa Barat; 3. Surat yang mengatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik/sewa/ kontrak; 4. surat pernyataan bermaterai 6000 kesediaan tenaga teknis kefarmasian sebagai penanggung jawab toko obat; 5. surat pernyataan pemilik modal tidak akan menjual obat daftar G dan tidak melayani resep dokter; 6. surat keterangan domisili usaha; 7. Rekomendasi dari kepala puskesmas setempat; 8. Salinan/ fotokopi denah bangunan disertai ukuran dan peta lokasi; 9. pas foto penanggung jawab sebanyak 1 (satu) lembar dengan ukuran 3 x 4 cm; 10. surat izin gangguan (HO); 11. IMB 12. FC SPPL		
Demikian permohonan kami, atas p	erhatian dan persetujuan Bapak/ Ibu kami sampaikan terimakasih	
	Materai Rp.6000,-	
	()	

Kepada

di Depok

Kepala Dinas Penanaman Modal dan

Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Nomor

Lampiran Perihal

: <u>Permohonan Izin</u>

<u>Toko Obat</u>

*Berkas dibuat 2 rangkap

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :			
Nama Tenaga Teknis Kefarmasian	:		
Nomor STRTTK Nomor SIK Alamat Nama toko obat Alamat	:		
			······································
	Dengan ini menyatakan bersedia me Demikian pernyataan ini dibuat deng		
		Depok,	
		Materai 6000,-	
	()		
	SURAT PERNYATAAN		
Yang bertanda tangan di bawah ini :			
Nama pemilik modal	:		
Alamat	:		
Nama toko obat	:		
Alamat	:		
Dengan ini menyatakan tidak akan m	nenjual obat keras dan tidak melayani resep dokter.		
Demikian pernyataan ini dibuat deng	gan sebenar – benarnya.		
	Depok,		
	Materai 6000,-		
	()		