

Lampiran:
Formulir 1

Hal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan/ Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu *)
Kabupaten/Kota
di
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
No. KTP :
Alamat :
Telepon :
NPWP :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :(tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada:

Nama Apotek :
Alamat Apotek :
Telepon :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten/Kota :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. fotokopi STRA;
- b. fotokopi Kartu Tanda Penduduk;
- c. fotokopi NPWP;
- d. fotokopi peta lokasi dan denah bangunan;
- e. daftar prasarana, sarana, dan peralatan;

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)

Nama Lengkap

*) : Diisi sesuai dengan permohonan