

Nomor :
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Izin Apotik**

Kepada
Yth. Kepala Badan Pelayanan Perijinan
Terpadu
Di –
Martapura

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Apotik dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon

- a. Nama :
- b. Nomor Surat Izin Kerja :
- c. Nomor Kartu Tanda Penduduk :
- d. Alamat dan Nomor Telepon :
- e. Pekerjaan :
- f. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :

2. Apotik

- a. Nama Apotik :
- b. Alamat :
- c. Kecamatan :
- d. Propinsi :
- e. Nomor Telepon :

3. Dengan menggunakan sarana : Milik sendiri / milik pihak lain

- a. Nama Pemilik :
- b. Alamat :
- c. Nomor Pokok Wajib pajak (NPWP) :

Bersama permohonan ini, kami lampirkan :

1. Foto Copy Surat Izin Kerja Apoteker
2. Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (KTP)
3. Foto Copy Denah Bangunan
4. Foto Copy Surat yang mengatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik / sewa / kontak
5. Daftar Asisten Apoteker dengan mencantumkan nama, alamat, tanggal lulus dan nomor izin kerja
6. Asli dan Foto Copy daftar terperinci alat perlengkapan Apotik
7. **Surat Pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotik bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotik di Apotik Lain.**
8. Asli dan Foto Copy Surat Izin Atasan (bagi pemohon Pegawai Negeri / Anggota ABRI dan Pegawai Instansi Pemerintah Lain)
9. Akte Perjanjian Kerjasama Apoteker Pengelola Apotik dengan Pemilik Sarana Apotik

10. Surat Pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran per undang-undangan dibidang obat

- 11. Foto Copy Surat Keterangan Tempat Usaha (SKTU)
- 12. Foto Copy Tanda Lunas PBB Tahun Terakhir
- 13. Foto Copy Surat Izin Gangguan (HO)
- 14. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi / ISFI

Demikian permohonan ini disampaikan, atas perkenan Bapak diucapkan terima kasih.

Martapura.....

Hormat Kami,

Materai Rp. 6.000,-

(.....)

SURAT KUASA

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat/Rumah :
Pekerjaan :
Nomor KTP : (foto copy terlampir)

Memberi kuasa sepenuhnya kepada :

Nama :
Alamat/Rumah :
Pekerjaan :
Nomor KTP : (foto copy terlampir)

Untuk mengurus
serta menandatangani BAP dan mengambil Surat Keputusannya di kantor Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Banjar.

Demikian surat kuasa ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Martapura,

Yang Diberi Kuasa,

Yang Memberi Kuasa,

Materai Rp. 6000,-

(_____)

(_____)



PEMERINTAH KABUPATEN BANJAR
BADAN PELAYANAN PERIJINAN TERPADU

DIISI PETUGAS

Jl. Jend.A.Yani No.6A Km. 40 Telepon/Fax (0511) 4722324 Martapura 70611
Website : www.bppt.banjarkab.go.id , CS 05114721000, sms gateway 0811 500 666

SURAT IZIN APOTIK

I. PERSYARATAN PENGAJUAN IZIN APOTIK

NO	PERSYARATAN	KETERANGAN
1.	Mengisi Formulir Permohonan (Bermaterai @ Rp. 6.000,-)	
2.	Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (KTP)	
3.	Foto Copy Surat Izin Kerja Apoteker	
4.	Foto Copy Denah Bangunan	
5.	Foto Copy Surat Yang Mengatakan Status Bangunan Dalam Bentuk Akte Hak Milik / Sewa / Kontak	
6.	Daftar Asisten Apoteker dengan mencantumkan Nama, Alamat, Tanggal Lulus dan Nomor Izin Kerja	
7.	Asli dan Foto Copy Daftar Terperinci Alat Perlengkapan Apotik	
8.	Surat Pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotik bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotik di Apotik lain.	
9.	Asli dan Foto Copy Surat Izin Atasan (Bagi pemohon Pegawai Negeri / Anggota TNI /POLRI dan Pegawai Instansi Pemerintah lain)	
10.	Akte Perjanjian Kerjasama Apoteker Pengelola Apotik dDengan Pemilik Sarana Apotik	
11.	Surat Pernyataan Pemilik Sarana Tidak Terlibat Pelanggaran Per Undang-Undangan dibidang Obat	
12.	Foto Copy Surat Keterangan Tempat Usaha (SKTU)	
13.	Foto Copy Tanda Lunas PBB Tahun Terakhir	
14.	Foto Copy Surat Izin Gangguan (HO)	
15.	Surat Rekomendasi Dari Organisasi Profesi / ISFI	
16.	Surat Kuasa bagi pengurusan Ijin yang tidak diurus sendiri (Bermaterai @ Rp. 6.000,-)	

II. RIWAYAT DOKUMEN

NO.	DITERIMA OLEH	TANGGAL	TANDA TANGAN	KETERANGAN
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				