

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Ijin Apotek

Denpasar,  
Kepada  
Yth. Walikota Denpasar  
Cq. Ka. Dinas Penanaman Modal  
dan PTSP Kota Denpasar  
di-  
Denpasar

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Ijin Apotek dengan tanda-tanda sebagai berikut :

1. Pemohon  
Nama Pemohon : .....  
No Surat Ijin Kerja/Surat Penugasan : .....  
Nomor Kartu Tanda Penduduk : .....  
Alamat dan Nomor Telepon : .....  
Pekerjaan sekarang : .....  
Nomor NPWP : .....
2. Apotek  
Nama Apotek : .....  
Alamat : .....  
Nomor Telepon : .....  
Kecamatan : .....  
Propinsi : .....
3. Dengan Menggunakan Sarana  
Nama Pemilik Sarana : .....  
Alamat : .....  
Nomor NPWP : .....
4. Perjanjian Kerjasama : .....  
Nomor : .....  
Tanggal : .....  
Tempat : .....  
Nama Notaris : .....

Bersama Permohonan ini kami sampaikan :

1. Akte Pendirian Perusahaan (bagi yang berbadan hukum)
2. Surat Kuasa bermaterai Rp.6000 (Bila diurus orang lain)
3. Denah lokasi
4. Surat Keterangan Sehat dari Dokter
5. Salinan NPWP Apoteker Pengelola Apotek
6. Salinan NPWP Pemilik Sarana
7. Gambar Denah Bangunan
8. Daftar Ketenagaan
9. Daftar terperinci alat perlengkapan Apotek
10. Surat Pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotek (APA) tidak berkedudukan sebagai APA di Apotik lain (bermaterai Rp. 6000)
11. Surat ijin atasan bagi PNS, TNI / Polri
12. Akte perjanjian kerja sama Apoteker Pengelelola Apotek (APA) dengan Pemilik Sarana Apotik (PSA)
13. Surat pernyataan dari Pemilik Sarana Apotek (PSA) tidak terlibat Pelanggaran Perundang-undangan dibidang Obat (bermaterai Rp. 6000)
14. Surat pernyataan tidak keberatan bila diganti APA baru serta wajib melaporkan apabila terjadi pergantian APA

15. Surat Rekomendasi dari Badan Pimpinan Daerah Ikatan Sarjana Farmasi (BPDISF) Bali
16. Perjanjian pelengkap Apoteker Pengelola Apotek (APA) dengan Pemilik Sarana Apoteker (PSA)
17. Rancangan Papan Nama Apotek, Surat Pesanan, Copy Resep, Rancangan Lemari Narkotika
18. Surat Lolos Butuh dari Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota
19. Salinan Ijasah, Surat Sumpah & SIK / Surat Penugasan (SP)
20. Salinan Surat Ijin Kerja Asisten Apoteker (SIKAA)/ Surat Ijin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK)
21. Salinan KTP Prop.Bali atau KTP yang dilengkapi dengan Surat Keterangan Domisili
22. Akte sewa menyewa, kontrak atau hak milik bangunan
23. Wajib dilengkapi SITU/HO.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan Bapak kami sampaikan terima kasih.

Denpasar,

Pemohon,

Materai Rp. 6000
---------------------

(.....)

Tembusan dikirim kepada Yth. :

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Bali.
2. Kepala Balai Besar POM Denpasar

**KOP SURAT PERUSAHAAN**  
(untuk badan usaha berbadan hukum atau tidak berbadan hukum)  
Atau  
**NAMA DAN ALAMAT PENGUSAHA**  
(untuk usaha perseorangan)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama :
2. Jabatan :
3. Tempat/Tanggal Lahir :
4. Alamat :
5. Telepon :

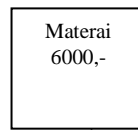
dengan ini menyatakan bahwa:

- a. Segala data yang ada dalam dokumen permohonan ini adalah benar dan sah.
- b. Apabila dikemudian hari ditemui bahwa dokumen-dokumen yang telah kami berikan tidak benar dan sah, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, tanpa ada paksaan maupun tekanan dari pihak manapun juga.

Denpasar,

Pemohon



.....)