

Perihal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Lampung Selatan
Di
Kalianda

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 :
.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopy Surat Izin Kerja Apoteker;
- b. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- c. Fotokopi NPWP
- d. Pas Foto ukuran 4 X 6 cm (berwarna latar merah) sebanyak 2 lembar;
- e. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akta hak milik/sewa/kontrak;
- f. Denah bangunan dan peta lokasi;
- g. Akte perjanjian kerjasama apoteker pengelola apotek dengan pemilik sarana apotek;
- h. Surat pernyataan dari apoteker pengelola apotek bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi apoteker pengelola pada apotek lain;
- i. Daftar asisten apoteker dengan mencantumkan nama, Alamat, Tanggal Lulus, dan Nomor Surat Izin Kerja;
- j. Asli dan Fotocopy daftar terperinci alat perlengkapan apotek;
- k. Izin Pendirian
 - Izin Mendirikan Bangunan (IMB);
 - Nomor Induk Berusaha (NIB)
 - Surat izin Usaha
 - SIUP (Surat Izin Usaha Perdagangan);
 - Dokumen Lingkungan Hidup (AMDAL/ UKL-PL);Dokumen/ Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL)
- l. Surat pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat;
- m. Surat izin atasan bagi pemohon Pegawai Negeri Sipil (PNS), anggota ABRI, dan Pegawai Instansi pemerintah lainnya;
- n. Surat rekomendasi Kepala UPT Puskesmas setempat.
- o. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

.....
Pemohon ,
.....