

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

Kalianda

Dengan ini kami sampaikan permohonan Izin Toko Alat Kesehatan dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon  
Nama Pemohon :  
Alamat :  
Pekerjaan :  
NPWP :
2. Toko Alat Kesehatan  
Nama Toko :  
Nama Pemilik :  
Alamat :
3. Dengan menggunakan sarana : milik sendiri / milik pihak lain  
Nama Pemilik sarana :  
Alamat :  
NPWP :  
Penanggung jawab :

Bersama permohonan ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi NPWP atas nama pemohon;
- c. Foto Ukuran 4 X 6 cm (berwarna latar merah) sebanyak 2 lembar;
- d. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akta hak milik/ sewa / kontrak;
- e. Denah bangunan dan peta lokasi;
- f. Fotocopy surat izin kerja (SIK) tenaga teknis kefarmasian;
- g. Surat pernyataan kesediaan bekerja sebagai tenaga teknis kefarmasian dan penanggung jawab teknis;
- h. Surat pernyataan toko alat kesehatan tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat;
- i. Surat rekomendasi Kepala UPT Puskesmas setempat;
- j. Izin Pendirian;
  - SIUP (Surat Izin Usaha Perdagangan);
  - SITU (Surat Izin Tempat Usaha);
  - TDP (Tanda Daftar Perusahaan);
  - Dokumen/ Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan Hidup (SPPL);
- k. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui.

.....  
Pemohon ,

.....