

## Kop Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan

---

Nomor :  
Lamp :  
Perihal :

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

Dengan Hormat,

Menindaklanjuti surat permohonan An....., perihal Surat Pertimbangan Teknis untuk Izin Apotek Tanggal ..... dan Surat Perintah Tugas dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan Nomor ..... tanggal ..... tentang melaksanakan Pemeriksaan Sarana Kesehatan serta Berita Acara Pemeriksaan Apotek oleh Tim Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan Nomor ..... tanggal .....  
Berdasarkan hal tersebut di atas, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Lampung Selatan memberikan pertimbangan teknis untuk **Izin Apotek** kepada :

Nama Sarana : Apotek.....  
Alamat : .....  
Penanggung Jawab : .....  
Nomor STRA : .....  
STRA berlaku sampai : .....  
Nomor SIPA : .....  
SIPA berlaku sampai : .....

Dengan Pertimbangan sebagai berikut :

1. Administrasi : Sudah Memenuhi Syarat
2. Keadaan Fisik Bangunan : Sudah Memenuhi Syarat
3. Peralatan dan Perlengkapan : Sudah Memenuhi Syarat

Demikian Surat Pertimbangan Teknis ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagai bahan pertimbangan dalam **Pemberian/ Penerbitan Izin Apotek** atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ditetapkan di : KALIANDA  
Pada Tanggal : .....  
**KEPALA DINAS KESEHATAN  
KABUPATEN LAMPUNG SELATAN**