Lampiran :

Formulir 1

**Hal : Permohonan Surat Izin Apotek(SIA)**

Yang terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*)

Kabupaten /kota.........................................

di

..........................

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :...........................................................................

No. KTP :...........................................................................

Alamat :...........................................................................

 ...........................................................................

Telepon & Email : ...............................................................

NPWP :...........................................................................

Masa berlaku STRA sampai :........................................(tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek,

Pada:

Nama Apotek :...........................................................................

Alamat Apotek :...........................................................................

 ...........................................................................

Telepon :...........................................................................

Desa/Kelurahan :...........................................................................

Kecamatan :...........................................................................

Kabupaten/Kota :...........................................................................

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Dokumen NIB dan SPPL;
2. Dokumen yang mengalami perubahan\*;
3. Surat Izin Apotek yang masih berlaku (untuk perpanjangan)\*:
4. Fotokopi NPWP;
5. Self Assessment penyelenggaraan Apotek (untuk perpanjangan) atau surat pernyataan komitmen untuk melaksanakan regitrasi apotek di aplikasi SIPNAP dan SIMONA (untuk sarana baru);
6. Informasi geotag Apotek;
7. Denah Lokasi Apotek;
8. Denah Lokasi Bangunan dengan informasi pembagian ruang dan ukuran ruang apotek;
9. Data sarana, prasarana dan peralatan;
10. Foto papan nama Apotek dan posisi pemasangannya;
11. Foto papan praktek apoteker dan posisi pemasangannya;
12. Struktur organisasi Apotek yang ditetapkan oleh penanggung jawab Apotek;
13. Tugas pokok dan fungsi masing – masing tenaga di sarana Apotek;
14. Data apoteker penanggung jawab (KTP, STRA, dan SIPA);
15. Semua Surat izin Praktek Apoteker dan/atau TTK yang bekerja di Apotek.

Demikian , atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimah kasih.

Nama kota, tanggal,bulan dan tahun

 Pemohon

(.....................................)

 Nama Lengkap

\*) : Diisi / dicoret sesuai dengan permohonan