



PEMERINTAH KABUPATEN MADIUN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Website : www.dpmptsp.madiunkab.go.id Email : dpsptsp@madiunkab.go.id
Jl. Alun-Alun Utara No. 04 Telp. (0351) 497206 Fax. (0351) 4773980
MADIUN 63121

No. :

TANDA TERIMA

Nama Apotik :

Alamat Lokasi :

No. Telp. / HP :

NO.	U R A I A N	ADA	TIDAK ADA
1	Surat Permohonan		
2	Fc. Izin Mendirikan Bangunan (IMB)		
3	SPPL (Bila terbit sebelum bulan Maret 2018)		
4	Surat Izin Kerja Apotik / STRA / SIPA		
5	Fc. KTP		
6	Denah Bangunan		
7	Status Bangunan dalam bentuk Hak Milik/Sewa/Kontrak		
8	Daftar Asisten Apoteker		
9	SIPTTK Tenaga Asisten Apoteker		
10	Daftar Alat Perlengkapan apotek		
11	Surat Izin Atasan bagi PNS		
12	Perjanjian kerjasama Apoteker pengelola dan pemilik Apotek		
13	Surat pernyataan pemilik tidak terlibat pelanggaran peraturan di bidang obat		
14	Rekomendasi Organisasi Profesi (IAI)		
15	Pernyataan pemeterai bahwa dokumen persyaratan sesuai dengan keadaan sebenarnya		
16	Rekomendasi dari Dinas Kesehatan		

Yang menyerahkan,

(.....)

Madiun,

Penerima

(.....)

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Pemenuhan
PK Izin Operasional /
Komersial Apotek

Kepada :
Yth. Kepala DPMPSTSP
Kabupaten Madiun
Jl. Aloon-Aloon Utara No. 4
M a d i u n

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan PK Izin Operasional / Komersial Apotek dengan data-data sebagai berikut :

1. Nama Pemohon :
Nomor STRA :
Nomor SIPA :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor Telepon :
NPWP :
2. Nama Apotik :
Alamat Apotik :
Nomor Telepon :
Kecamatan :
Kabupaten / Propinsi :
3. Dengan menggunakan Sarana :
Nama pemilik Sarana :
Alamat :
NPWP :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan :

1. Salinan/ fotocopy IMB
2. Salinan/ fotocopy Surat Ijin Kerja Apoteker / STRA/ SIPA
3. Salinan/ fotocopy Kartu Tanda Penduduk
4. Salinan/ fotocopy Denah Bangunan
5. Surat yang mengatakan status bangunan dalam bentuk akta hak milik / sewa / kontrak
6. Daftar Asisten Apoteker yang mencantumkan nama, alamat, tanggal lulus dan nomor surat SIPTTK
7. Salinan/ Fotocopy SIPTTK dengan Asisten Apoteker
8. Asli dan Salinan / fotocopy daftar terperinci alat perlengkapan Apotik
9. Asli dan salinan / Fotocopy Surat Ijin Atasan (bagi pemohon Pegawai Negeri, Anggota ABRI dan Pegawai Instansi Pemerintah lainnya).
10. Akte Perjanjian Kerja Sama Apoteker Pengelola Apotik dengan Pemilik Sarana Apotik.
11. Surat Pernyataan Pemilik Sarana tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat (bermeterai).
12. Rekomendasi organisasi profesi (IAI).
13. Photo ukuran 3 x 4 = 2 lembar (APA)
14. Surat Pernyataan bermeterai Rp. 6.000,- yang dinyatakan bahwa dokumen persyaratan sesuai dengan keadaan sebenarnya.
15. Melengkapi dokumen foto-foto terkait dengan sarana dan prasarana apotek sesuai yang dipersyaratkan.
16. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan.

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

Madiun, tgl.

Pemohon

Tembusan disampaikan Yth :

1. Kepala Balai Besar POM Surabaya.
2. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur di Surabaya

SURAT - PERNYATAAN

**TENTANG
KEBENARAN DATA / DOKUMEN**

Yang bertanda tangan di bawah ini kami :

NAMA :
TEMPAT, TGL. LAHIR :
ALAMAT :
NO. TELEPON :
NAMA USAHA :
ALAMAT USAHA :
NO. TELEPON :

Dengan ini menyatakan sesungguhnya bahwa :

1. Segala data dan keterangan dalam berkas/dokumen pengajuan permohonan ijin yang kami berikan adalah benar;
2. Kami mematuhi segala ketentuan dari Pemerintah serta Peraturan Perundangan yang berlaku, dan bersedia dikenakan sanksi bilamana kami melanggarnya;
3. Apabila di kemudiah hari, ditemui bahwa berkas/dokumen yang telah kami berikan tidak benar atau palsu, maka penyimpangan/pemalsuan data dalam berkas/dokumen tersebut sepenuhnya menjadi tanggungjawab kami dan bersedia dituntut secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran.

Madiun,

Yang membuat pernyataan,

Materai Rp. 6.000,-

(.....)