

Hal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)


Yang terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal Daerah dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Indragiri Hulu
Di
Rengat

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 :
Telepon :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten /Kota :

- Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :
- a. Fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
 - b. Fotokopi NPWP;
 - c. Fotokopi peta lokasi dan denah bangunan;
 - d. Daftar prasarana, sarana, dan peralatan;
 - e. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Inhu;
 - f. Fotokopi Surat Izin Tempat Usaha (SITU/HO) yang masih berlaku;
 - g. Foto langsung di DPMPTSP Kab. Inhu;
 - h. Fotocopy KTP;
 - 1. Materai Rp. 6000 = 2 lembar;
 - i. Map Tulang Plastik warna kuning ;
 - j. Fotokopi SIPTTK Kesatu/Kedua (untuk pengajuan SIPTTK Kedua/ Ketiga).

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

.....,
Pemohon,

(.....)