

Nomor :  
Permohonan : Baru/Perpanjangan/Perubahan  
Lampiran : 1 ( Satu ) berkas  
Perihal : **Permohonan Izin Penyelenggaraan Optikal**

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kab.Flotim  
di.-

Tempat

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Pemohon : .....  
Tempat / Tgl. Lahir : .....  
Alamat dan Nomor Telepon : .....  
Nama Optikal : .....  
Alamat Optikal: : .....

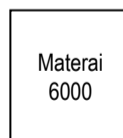
Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Penyelenggaraan Optikal sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1 tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Optikal.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Foto Copy KTP Pemohon ;
2. Foto copy SITU (Surat Izin Tempat Usaha)
3. Foto copy SIUP (Surat Izin Usaha Perdagangan)
4. Foto copy TDP ( Tanda Daftar Perusahaan)
5. Foto copy NPWP
6. Pernyataan kesediaan Refraksionis Optisien atau Optometris untuk menjadi penanggung jawab pada optikal yang akan didirikan ;
7. fotokopi STR Refraksionis Optisien atau Optometris;
8. Foto copy SIP atau surat keterangan SIP dalam proses penerbitan izin dari instansi yang berwenang menerbitkan SIP ;
9. Daftar sarana dan peralatan yang akan digunakan ;
10. Foto copy perjanjian kerja sama dengan laboratorium dispensing bagi optikal yang tidak memiliki laboratorium ;
11. Rekomendasi dari asosiasi optikal setempat ;
12. Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk;
13. Persyaratan lain sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terimah kasih.

Hormat Saya  
Pemohon,



.....