

Nomor :  
Lampiran : 1 ( satu ) jepit  
Perihal : Permohonan Ijin Apotik

.....  
Kepada  
Yth.Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Perizinan Terpadu  
Kab.Flores Timur  
di  
Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Nomor KTP : .....  
Alamat : .....  
Telepon : .....  
NPWP : .....  
No.STRA : .....  
Masa Berlaku STRA sampai : ..... (Tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin apotik pada :

Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....  
Telepon : .....  
Desa / Kelurahan : .....  
Kecamatan : .....  
Kabupaten/Kota : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Foto copy STRA
- b. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Pemohon
- c. Foto copy NPWP
- d. Foto copy peta lokasi dan denah bangunan
- e. Daftar prasarana,Sarana dan Peralatan
- f. Foto copy SITU (Surat Izin Tempat Usaha) Apotik
- g. Foto copy SIUP Perdagangan
- h. Foto copy TDP ( Tanda Daftar Perusahaan )
- i. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Pemohon

Materai  
6000

.....