

Hal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin Toko Obat (SITO),
Lampiran : 1 Berkas

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lombok Barat
di
Gerung.

Biaya IZIN
GRATIS

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
No. KTP :
Alamat :
No. Telp / Hp :
No. STRTTK :
Masa berlaku STRTTK sampai : (tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Rekomendasi Surat Izin Toko Obat, pada:

Nama Toko Obat :
Alamat Toko Obat :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
No. Telp / Hp :

Bekerjasama dengan Pemilik Sarana Toko Obat, sbb:

Nama Lengkap :
No. KTP :
Alamat :
NPWP :
No. Telp / Hp :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy STRTTK yang dilegalisir yang masih berlaku
2. Surat pernyataan TTK, bahwa bersedia sebagai penanggung jawab toko obat (materai Rp. 6.000,-)
3. Surat pernyataan TTK , bahwa tidak bekerja sebagai penanggung jawab di toko obat, atau perusahaan Farmasi manapun (materai Rp. 6.000,-)
4. Foto copy KTP TTK
5. Foto copy KTP pemilik sarana.

6. Foto copy NPWP pemilik sarana
7. Denah lokasi Toko Obat
8. Denah bangunan ditanda tangani TTK penanggung jawab.
9. Surat perjanjian kerjasama TTK dengan pemilik sarana (diatas materai 6000)
10. Foto copy perjanjian sewa toko/gedung atau surat pernyataan Gedung milik sendiri (Pemilik)
11. Draft Papan nama (40 cm x 60 cm) Dengan tulisan “ Toko Obat Berijin “*tidak menerima resep dokter*”, nama toko dan nomor ijin dibagian bawah kanan (cetak Kertas HVS A4 / Folio)
12. Daftar prasarana, sarana, dan peralatan (APAR, Buku Kefarmasian, Buku Pencatataan Adm)
13. Pas foto berwarna TTK ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar
14. Pas foto berwarna pemilik sarana ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar
15. Map plastic clear holder berwarna kuning (isi minimal 20 lembar)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Materai 6000

(.....)

Nama Lengkap