Baru \* :

 Perpanjangan :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LampiranPerihal  | :: | Satu RangkapPermohonan Pemenuhan Persyaratan Izin Apotek  |  Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  Kabupaten Bombana Di- Rumbia  |

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 5 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 14 tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan, Bersama ini kami mengajukan permohonan Pemenuhan Persyaratan Izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon :

Nama Pemohon :

Nomor SIPA :

Nomor KTP :

Alamat Rumah :

Pekerjaan Sekarang :

No. Telp/HP :

1. Apotek/Toko Obat :

Nama Apotek/Toko Obat :

Alamat :

 :

 :

 :

Nomor Telp / HP :

Sebagai bahan pertimbangan, terlampir kami sertakan :

1. Persyaratan administrasi;
2. Persayaratan Lokasi;
3. Persayaratan Bangunan;
4. Persayaratan Saran dan Prasarana;
5. Persayaratn SDM;
6. Persayaratan Lainnya.

Demikian pemohonan ini, atas perhatian dan persetujuannya kami ucapkan terima kasih.

Rumbia, …………………………..2022

Pemohon

**………………………………….…….**

Materai

 Rp. 10.000,-

Keterangan :

Pengajuan Permohonan secara online melalui link <https://oss.go.id/>