

Bandung,.....

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Perubahan Surat Izin Apotek
 Karena Pindah lokasi Apotek

Kepada Yth
Kepala DPMPTSP
Kota Bandung
Jl.Cianjur No. 34
Di
 BANDUNG

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :.....
Alama t : Jl.....
 RT/RW.....Telp.....
 Kelurahan.....Kecamatan.....

STRA No&Tgl:.....

Dengan ini mengajukan permohonan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan untuk mendapatkan Surat izin Apotek karena pindah lokasi pada :

Nama Apotek :.....

Alama t lama : Jl.....
 RT/RW.....Telp.....
 Kelurahan.....Kecamatan.....
 Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

Nomor Surat Izin Apotek lama :.....

Alama t Baru: Jl.....
 RT/RW.....Telp.....
 Kelurahan.....Kecamatan.....
 Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

Hari dan Jam Buka Apotek :

Dengan menggunakan sarana : Milik sendiri / Milik pihak lain.

Nama Pemilik Sarana :

Nomor NPWP :

Akte Perjanjian Kerjasama No&Tgl:

Yang dibuat dihadapan notaris :.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Akte Notaris pendirian badan hukum/Kartu Tanda Penduduk bagi Pemilik Perorangan
2. Surat Izin Apotek lama (Asli)
3. Denah bangunan dan denah lokasi
4. Daftar Ketenagaan
5. Apoteker Penanggung jawab dan Pendamping, dengan melengkapi :
 - a. Fotocopy Surat Izin Praktek Apoteker ditempat tersebut dan masih berlaku.
 - b. Surat pernyataan tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek di Apotek lain (bermaterai).

- c. Fotocopy Akte Notaris perjanjian kerjasama antara Apoteker Pengelola Apotek dengan Pemilik Sarana Apotek (bagi APA) /Surat Pengangkatan sebagai Apoteker Pendamping (bagi Aping).
 - d. Surat Izin atasan bagi pemohon Pegawai Negeri, Anggota ABRI, dan Pegawai instansi pemerintahan lainnya.
 - e. Surat Pernyataan Kesiapan Apoteker hadir di Apotek (bermaterai).
6. Fotocopy Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK).
 7. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte milik/sewa/kontrak.
 8. Fotocopy Surat Izin Tempat Usaha /Izin Gangguan dari Pemerintah Kota Bandung.
 9. Hari dan Jam Buka Apotek.
 - 10.Rekomendasi dari Puskesmas setempat
 - 11.Surat Pernyataan dari Pemilik siap ditinjau ke sarana kapan saja diatas materai 6000

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya kami haturkan terima kasih.

Pemohon

Materai 6000

(.....)

Catatan

Semua Data harus diisi dengan lengkap dan benar