|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor | : | ………………………….. |  | Kepada  Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Banjar  Di –  **Martapura** |
| Lampiran | : | 1 ( Satu ) Berkas |  |
| Perihal | : | **Permohonan Izin Apotek** |  |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

1. **Pemohon (Non Perseorangan/Perseorangan)**
   1. Nama (PT/Yayasan/Koperasi)\* :

Nama Pimpinan/Ketua/Direktur :

NIK :

NPWP (PT/Yayasan/Koperasi) :

Alamat (Domisili) :

Nomor Telepon / HP :

* 1. Nama (Perseorangan)\*\* :

NIK :

NPWP :

Alamat (Domisili) :

Nomor Telepon / HP :

* 1. Email di akun OSS :
  2. Nilai Investasi :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek pada :

1. **Apotek**
   1. Nama Apotek :
   2. Alamat :
   3. Nomor Telepon :
   4. Nama Apoteker Penanggung Jawab :
   5. Alamat (Domisili) :
   6. Nomer Telpon / HP :
   7. Nomer STRA :
   8. Masa Berlaku STRA :

Demikian permohonan ini disampaikan, atas perkenan Bapak/Ibu diucapkan terima kasih.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ....................., ……………..…………20…. |
|  |  | Hormat Saya,   |  | | --- | | Stempel Apotek |   Materai Rp. 10.000,-  (……………………………………….) |

**\* Isi apabila bentuk permohonan non Perseorangan**

**\*\*Isi apabila bentuk permohonan Perseorangan (an. Apoteker)**

**Sesuai PMK 14 tahun 2021**