|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor | : | ………………………….. |  | Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten BanjarDi –  **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**