

# FORMULIR IZIN PENDIRIAN APOTIK NON BLU



Kepada

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kota Tidore Kepulauan  
di

Tidore

Dengan Hormat,

Dengan ini kami mengajukan permohonan izin untuk mendapatkan Izin Pendirian Apotik Non BLU

Nama Pimpinan : .....

Nama Penanggung Jawab : .....

Alamat Lengkap : .....

Nama Apotik : .....

Alamat Apotik : .....

No. Telp/HP (*wajib di isi*) : .....

Email : .....

Untuk melengkapi permohonan ini kami lampirkan bahan-bahan sebagai berikut :

1. Surat Permohonan
2. Foto copy & scan surat keabsahan tanah/bangunan (milik/sewa/pakai)
3. Foto copy & scan PBG & SLF;
4. Foto copy& scan KTP pimpinan;
5. Foto copy & scan Denah Bangunan Apotik;
6. Foto copy & scan Akta Perjanjian;
7. Dokumen Lingkungan;
8. Foto Copy & scan NPWP aktif;
9. Foto Copy & scan BPJS Kesehatan;
10. Foto Copy & scan BPJS Tenaga kerja;
11. Foto Copy & scan Bukti tanda pelunasan pajak bumi dan bangunan (PBB) tahun terakhir;
12. Foto Copy & scan Riwayat Asisten Apoteker (Ijazah, STRK, Foto 4x6 dan 3x4 masing-masing 2 lembar);
13. Foto Copy & scan Daftar Perlengkapan Kerja Dan Perlengkapan Administrasi Apotik;
14. Semua berkas di buat dalam 1 dokumen sebanyak 2 rangkap

Demikian permohonan ini saya buat dengan sesungguhnya apabila tidak sesuai, saya bersedia di  
tuntut sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Tidore, .....

Pemohon



081242258229/082134692332



dpmpsp tidore