Lampiran :

Formulir 1

**Hal : Permohonan Surat Izin Toko Obat**

Yang terhormat,

Kepala Dinas Kesehatan /Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu\*)

Kabupaten /kota.........................................

di

..........................

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :...........................................................................

No. KTP :...........................................................................

Alamat :...........................................................................

...........................................................................

Telepon & Email : ...............................................................

NPWP :...........................................................................

Masa berlaku STRTTK sampai :........................................(tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Toko Obat,

Pada:

Nama Toko Obat :...........................................................................

Alamat Toko Obat :...........................................................................

...........................................................................

Telepon :...........................................................................

Desa/Kelurahan :...........................................................................

Kecamatan :...........................................................................

Kabupaten/Kota :...........................................................................

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Dokumen NIB dan SPPL;
2. Dokumen yang mengalami perubahan\*;
3. Surat Izin Toko Obat yang masih berlaku (untuk perpanjangan)\*:
4. Fotokopi NPWP;
5. Self Assessment penyelenggaraan Apotek (untuk perpanjangan) atau surat pernyataan komitmen untuk melaksanakan regitrasi Toko Obat di aplikasi SIMONA (untuk sarana baru);
6. Informasi geotag Toko Obat;
7. Denah Lokasi Toko Obat;
8. Denah Lokasi Bangunan dengan informasi pembagian ruang dan ukuran ruang Toko Obat;
9. Data sarana, prasarana dan peralatan;
10. Foto papan nama Toko Obat dan posisi pemasangannya;
11. Foto papan praktek TTK dan posisi pemasangannya;
12. Struktur organisasi Toko Obat yang ditetapkan oleh penanggung jawab;
13. Tugas pokok dan fungsi masing – masing tenaga di sarana Toko Obat;
14. Data TTK penanggung jawab (KTP, STRTTK, dan SIPTTK);
15. Semua Surat izin Praktek TTK yang bekerja di Toko Obat.

Demikian , atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimah kasih.

Nama kota, tanggal,bulan dan tahun

Pemohon

(.....................................)

Nama Lengkap

\*) : Diisi sesuai dengan permohonan