

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Purwakarta
di Purwakarta

Perihal : Permohonan Izin Toko Obat (ITO)

Jenis Permohonan :

Baru Perubahan Perpanjangan Pergantian Pencabutan

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama TTK :
Tempat, tanggal lahir :
Pekerjaan :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten
Nomor Telp. / Hp :
Nomor SIPTTK :
Masa Berlaku SIPTTK s/d :

Dengan ini mengajukan permohonan pemenuhan komitmen Izin Komersial / Operasional berupa Izin Toko Obat (ITO) sebagai berikut :

Nama Perusahaan :
Nomor Induk Berusaha :
Nama Toko Obat :
Alamat Toko Obat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta

Sebagai bahan pertimbangan Bersama ini dilampirkan :

Persyaratan Izin Toko Obat Baru :

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
- b. Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)
- c. Fotokopi bukti kepemilikan tanah / surat sewa ;
- d. Fotokopi akta / perjanjian kerjasama antara pemilik sarana dengan TTK (**apabila Toko Obat bukan milik TTK**) ;
- e. Daftar perlengkapan dan peralatan ;
- f. Denah lokasi dan denah bangunan ;
- g. Surat Pernyataan bahwa pemilik sarana tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian (apabila Toko Obat bukan milik TTK) ;
- h. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi TTK yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain-lain secara purna waktu ;
- i. NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS.

Persyaratan Izin Toko Obat Perubahan :

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
- b. Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)
- c. Fotokopi akta / perjanjian kerjasama antara pemilik sarana dengan TTK (**apabila Toko Obat bukan milik TTK**) ;
- d. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi TTK yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain-lain secara purna waktu ;
- e. Izin Toko Obat Asli ;
- f. NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS.

Persyaratan Izin Toko Obat perpanjangan :

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP)
- b. Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)
- c. Fotokopi bukti kepemilikan tanah / surat sewa ;
- d. Fotokopi akta / perjanjian kerjasama antara pemilik sarana dengan TTK (**apabila Toko Obat bukan milik TTK**) ;
- e. Daftar perlengkapan dan peralatan ;
- f. Denah lokasi dan denah bangunan ;
- g. Surat Pernyataan bahwa pemilik sarana tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian (**apabila Toko Obat bukan milik TTK**) ;
- h. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi TTK yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain-lain secara purna waktu ;
- i. Fotokopi Izin Toko Obat Lama ;
- j. NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS.

Persyaratan Izin Toko Obat Penggantian :

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) ;
- b. Fotokopi Izin Toko Obat (ITO) ;
- c. Surat Keterangan Kehilangan dari Kantor Kepolisian setempat.

Persyaratan Izin Toko Obat Pencabutan :

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) ;
- b. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik ;
- c. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta ;
- d. Izin Toko Obat Asli.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

Purwakarta,

Pemohon,

.....

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kota / Kabupaten

Selaku Pemilik Toko Obat sebagai berikut :

Nama Perusahaan :

Nama Toko Obat :

Alamat Toko Obat :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

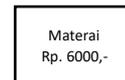
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak sedang dan / atau pernah terlibat pelanggaran beraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....