

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

Perihal : Permohonan Izin Toko Alat Kesehatan (ITAK)

Jenis Permohonan :

Baru Perubahan Perpanjangan Penggantian Pencabutan

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

Pekerjaan :

Alamat :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kota / Kabupaten

Nomor Telp./HP :

Dengan ini mengajukan permohonan pemenuhan komitmen Izin Komersial / Operasional berupa Izin Toko
Alat Kesehatan (ITAK) sebagai berikut:

Nama Perusahaan :

Nomor Induk Berusaha :

Nama Toko Alat Kesehatan :

Alamat Toko Alat Kesehatan:

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kabupaten Purwakarta

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- Fotokopi bukti kepemilikan tanah / surat sewa minimal 2 (dua) tahun;
- Fotokopi akta pendirian badan usaha beserta pengesahannya (**apabila Toko Alat Kesehatan berbentuk badan usaha**);
- Daftar alat kesehatan yang disalurkan;
- Denah lokasi dan denah bangunan;
- NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Purwakarta,

Pemohon,

.....