

IZIN TOKO OBAT

PERORANGAN/BADAN HUKUM

BARU – DAFTAR ULANG – PERUBAHAN DATA

1. Nama Perusahaan :
2. Nama Pemilik :
3. Jenis Usaha :

Nomor Agenda :

Tanggal :

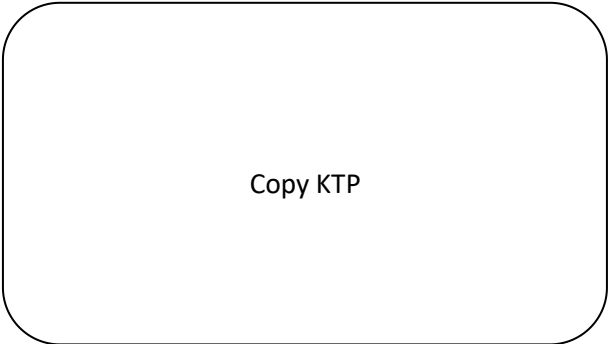
IZIN TOKO OBAT

I. DAFTAR KELENGKAPAN PERMOHONAN

NO	Jenis Lampiran	Ada	Tidak Ada	Keterangan
1.	Isian Formulir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	surat permohonan persetujuan komitmen yang ditujukan kepada Kepala Dinas PMPTSP Kota Banjarmasin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Permohonan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	Fotocopy KTP permohonan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	Alamat dan Denah Tempat Usaha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	Fotocopy SIPTTK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	Fotocopy ijazah TTK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Surat pernyataan bersedia sebagai penanggung jawab TOB + materai Rp.6000,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Daftar obat yang dijual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10.	Fotocopy SKTU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11.	Foto sarana TOB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12.	Legalitas / cap stempel TOB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13.	Foto tempat usaha (ukuran 4R) 1 lembar (tampak depan & dalam toko)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14.	Rekomendasi asli dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15.	Nomor Induk Berusaha (NIB), proses permohonan di OSS sampai selesai.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

II. RIWAYAT DOKUMEN

No.	Diterima Oleh	Tanggal	Tanda Tangan	Keterangan
1.	Front Office			
2.	Teknis			
3.	Kasi Pelayanan Penanaman Modal			
4.	Kabid Penanaman Modal			
5.	Sekretaris			
6.	Kadis			



IZIN TOKO OBAT

I. DAFTAR KELENGKAPAN PERMOHONAN

No	KELENGKAPAN PERMOHONAN	ADA	TIDAK ADA	KETERANGAN
1	Permohonan			
2	Fotocopy KTP permohonan			
3	Alamat dan denah tempat usaha			
4	Fotocopy SIPTTK			
5	Fotocopy ijazah TTK			
6	Surat pernyataan bersedia sebagai penanggungjawab TOB + materai Rp.6000,-			
7	Daftar obat yang dijual			
8	Fotocopy SKTU			
9	Foto sarana TOB			
10	Legalitas/cap stempel TOB			
11	Foto tempat usaha (uk.4 R) 1 lembar (tampak depan & dalam toko)			
12	Rekomendasi asli dari Dinas Kesehatan Kota Banjarmasin			
13	Nomor Induk Berusaha (NIB)			

KOP SARANA

Nomor : Banjarmasin,
Lampiran : 1 Berkas Kepada Yth
Perihal : Permohonan Persetujuan Kepala Dinas PMPTSP Kota Banjarmasin
Komitmen. di -
Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini:

1. Nama :
2. Alamat :
3. NIK :
4. Nomor Telp/ HP :

Pada Hari tanggal bulan tahun telah mendaftarkan perusahaan di Sistem OSS (Online Single Submission) dan mendapatkan NIB dan Izin Usaha Toko Obat.

Berdasarkan hal tersebut maka saya ingin mengajukan permohonan persetujuan komitmen untuk mengefektifkan Izin Usaha Toko Obat, dengan data perusahaan sebagai berikut:

1. Nama Perusahaan :
2. Alamat Perusahaan :
3. NIB :
4. Telp Perusahaan :

Dengan ini kami sampaikan kelengkapan berkas sebagai berikut:

1. KTP Direktur
2. Copy NIB dan Izin Apotek dari OSS

Demikian permohonan ini saya buat dan sampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

Direktur

(.....)

Nomor : -
Lampiran : 1 (satu) berkas.
Perihal : Permohonan Izin Tetap
Toko Obat/Pedagang Eceran Obat.

Banjarmasin,

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
di -

Banjarmasin

Memperhatikan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1331/Menkes/SK/X/2002
tentang Penyelenggaraan Toko Obat/Pedagang Eceran Obat sebagaimana dengan
ketentuan tersebut di atas :

Nama Toko Obat :
Alamat Toko Obat/Telp :
Nama Pemilik Toko Obat :
Alamat Pemilik Toko Obat :
No. KTP Pemilik Toko Obat :

Nama Penanggung Jawab :
Alamat Penanggung Jawab :
No. SIKTTK Penanggung Jawab :
No. KTP Penanggung Jawab :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan surat - surat sebagai berikut:

1. Surat Permohonan Toko Obat, dan Foto Copy KTP Pemohon
2. Alamat dan Denah Tempat Usaha
3. F.C Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK)
4. F.C Ijazah dan KTP Asisten Apoteker
5. Surat Pernyataan bersedia sebagai Penanggung Jawab Teknis Toko Obat
6. Daftar Obat yang dijual
7. F.C Surat Izin Tempat Usaha/ SKTU
8. Foto tempat Usaha (ukuran 4 R) 2 lbr/ Tampak depan dan didalam toko
9. Surat Kuasa bermaterai + F.C KTP (apabila dikuasakan)

Demikian surat permohonan ini disampaikan, atas persetujuan Bapak diucapkan
terima kasih

Hormat pemohon,

.....

SURAT PERNYATAAN
BERSEDIA SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB TOKO OBAT

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a
Tempat tgl lahir / Umur :
Pekerjaan :
Nomor SIAA :
SIAA berlaku s/d :
Alamat Rumah :

Dengan ini menyatakan bersedia selaku **Penanggung Jawab Tehnis toko obat berizin** Sesuai dengan Kepmenkes : 1331/MENKES/SK/X/2002 tentang pedagang eceran obat Tanggal _____ , pada toko obat berizin :

Nama Toko Obat :
Alamat Toko Obat :
Nama Pemilik :
Alamat Pemilik :

Obat-obat yang diperjual belikan adalah jenis obat daftar bebas dan obat bebas terbatas Sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, guna memenuhi Persyaratan izin toko obat

Banjarmasin,

Mengetahui :
Pemilik Toko Obat

Yang membuat pernyataan

Materai
6000

PETA LOKASI PERMOHONAN IZIN TOKO OBAT

Nama Pemohon :
Nama Toko Obat :
Alamat Toko Obat :
Kelurahan :
Kecamatan : Banjarmasin

hormat pemohon,
