



No.	/
Bidang Kesehatan	

Checklist Persyaratan Rekomendasi Industri Obat Tradisional

Data Pemohon

Nama Pemohon : _____ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)

Alamat Pemohon : _____ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)

No. Telp/HP : _____

Alamat Email : _____

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan yang didalamnya terdapat pernyataan kebenaran dan keabsahan dokumen & data di atas kertas bermaterai Rp 6.000		
2	Indentitas Pemohon/Penangung Jawab • WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Badan Hukum / Badan Usaha • Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (Fotokopi) • SK pengesahan pendirian dan perubahan (Fotokopi) yang dikeluarkan oleh : ▪ Kemenkumham, jika PT dan Yayasan ▪ Kementrian, jika Koperasi ▪ Pengadilan Negeri, jika CV • NPWP Badan Hukum (Fotokopi)		
5	Persetujuan tetangga (kiri,kanan,depan,belakang disertai KTP)		
6	Izin Mendirikan Bangunan (IMB) [Fotokopi]		
7	Dokumen Lingkungan [Fotokopi]		
8	Tanda Daftar Industri (TDI) [Fotokopi]		
9	Izin Usaha Perdagangan (SIUP) [Fotokopi]		
10	Surat Izin Praktik (SIP) atau Surat Izin Kerja (SIK) atau Surat Tanda Registrasi (STR) Apoteker [Fotokopi]		
11	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari anggota direksi yang menyatakan tidak akan melakukan pelanggaran terhadap peraturan perundangperundangan di bidang Farmasi		
12	Data penanggung jawab produksi, Quality Control (QC), dan Quality Assurance (QE): • Ijazah apoteker penanggung jawab [Fotokopi] • Surat perjanjian kerja sama antara pimpinan perusahaan dengan penanggung jawab teknis • Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 yang menyatakan bekerja penuh dan tidak merangkap bekerja di perusahaan farmasi lainnya		
13	Proposal teknis yang dilengkapi dengan: • Susunan direksi dan anggota perusahaan • Jumlah tenaga kerja dan bagian-bagiannya • Jumlah dan nilai investasi • Bentuk sediaan yang diproduksi • Daftar pustaka (farmakope Indonesia dan peraturan perundang-undangan di bidang farmasi) • Keterangan mengenai konstruksi atau spesifikasi bangunan • Daftar peralatan produksi • Daftar peralatan laboratorium • Peta lokasi kantor, gudang, dan pabrik • Denah kantor, gudang, dan pabrik beserta ukurannya sesuai Cara Pembuatan Obat Tradisional yang Baik (CPOTB)		
14	Bukti Kepemilikan Tanah Jika Milik Pribadi • Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon , lampirkan data pendukung Jika tanah atau bangunan disewa: • Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan minimal 5 (lima) Tahun • Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemilik tanah atau bangunan yang menyatakan tidak keberatan tanah atau bangunan digunakan • Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemilik tanah atau bangunan (Fotokopi)		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kepala Seksi			
4	Kepala Bidang			
5	Kepala DPMPTSP			
6	Petugas Penomoran			
7	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
20 Hari Kerja	-	- tahun

Catatan

Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur