**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp …..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor  Lampiran  Perihal | :  :  : | …………………………  1 (satu) berkas  Permohonan serta Pernyataan Kebenaran & Keabsahan Dokumen atas Izin Apotek Rakyat | Yth. | Jakarta, ………………………………….  Kepada  Kepala Seksi Satlak PTSP Kecamatan .....  Di Jakarta |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

*(Untuk Perorangan)*

Nama Pemohon : ………………………………………………………………….

Alamat : ………………………………………………………………….

No. Telp / HP : ………………………………………………………………….

Jenis Usaha : ………………………………(*Jika untuk kepentingan usaha*)

(*Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)*

Nama Pemohon : ………………………………………………………………….

Alamat : ………………………………………………………………….

No. Telp / HP : ………………………………………………………………….

Nama Perusahaan : ………………………………………………………………….

Jabatan : ………………………………………………………………….

Bidang Usaha : ………………………………………………………………….

Jenis Usaha : ………………………………………………………………….

Sub-jenis Usaha : ………………………………………………………………….

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan Izin Apotek Rakyat.

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Izin Apotek Rakyat seperti yang terdapat dalam www.pelayanan.jakarta.go.id.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Izin Apotek Rakyat ini adalah ***Benar dan Sah***. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan dan pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Atas perkenan Bapak / Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Pemohon.

*Ttd dan/atau cap*

*diatas materai Rp. 6000*

……………….

(Jabatan)