**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

Nomor : Jakarta, ..... ............... .....

Lampiran :

Perihal : Permohonan Rekomendasi

 Izin Pedagang Besar Farmasi

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal Dan

Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Provinsi DKI Jakarta

di Jakarta

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal Dan PTSP

Provinsi DKI Jakarta

Di

 Jakarta

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :.........................................................................

Alamat :.........................................................................

NIK :.........................................................................

Tempat, tanggal lahir :.........................................................................

Jenis Kelamin :Laki-laki / Perempuan (\*)

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Rekomendasi Izin Pedagang Besar Farmasi bidang Kesehatan yang terdapat dalam www.pelayanan.jakarta.go.id.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Rekomendasi Izin Pedagang Besar Farmasi bidang Kesehatan 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

Jakarta, .………………………..

Yang memohon,

Materai 6000

( ……………………………….. )

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

|  |
| --- |
| **SURAT KUASA** |
|  |
| Yang bertanda tangan di bawah ini Saya : |
| Nama  | :  | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIK | :: | …………………………………………………..………………………………………………….........................................................................…………………………………………………. |
| Nama Badan Hukum *(bila badan hukum/yayasan)* | : | ...................................................................... |
| Alamat Perusahaan*(bila badan hukum/yayasan)*  | : | …………………………………………………..…………………………………………………..………………………………………………….. |
|  |  |  |
| Dengan ini memberi kuasa kepada : |
| Nama  | : | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIKJabatan | ::: | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Untuk mengurus/menyelesaikan persyaratan administrasi dan/atau persyaratan teknis permohonan Perizinan/ Non Perizinan di Dinas PM & PTSP. |
|  |
| Demikian Surat Kuasa ini dibuat agar dapat dipergunakan seperlunya. |
|  |
|  |  Jakarta…………………. |
|  Yang menerima Kuasa, | Yang memberi Kuasa, |
|  |  |
|  | *Ttd dan/atau cap* *diatas materai 6000*  |
|  |  |
|  (....................................) | ……………………………(Jabatan) |