**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NomorLampiranPerihal | ::: | …………………………1 (satu) berkasPermohonan serta Pernyataan Kebenaran & Keabsahan Dokumen atas Izin Apotek | Yth. | Jakarta, ………………………………….KepadaKepala Unit Pelaksana PTSP Kecamatan .....Di Jakarta |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

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

No. KTP : ...................................................................................

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

...................................................................................

Telepon ......................................................................

NPWP : ...................................................................................

No. STRA : ...................................................................................

Masa berlaku STRA sampai : ...........................................(tanggal bulan tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada:

Nama Apotek : ...................................................................................

Alamat Apotek : ...................................................................................

 ...................................................................................

Telepon : ...................................................................................

Desa/Kelurahan : ...................................................................................

Kecamatan : ...................................................................................

Kabupaten/Kota : ...................................................................................

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Izin Apotekseperti yang terdapat dalam http://pelayanan.jakarta.go.id.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Izin Apotekini 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

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Penanggung Jawab : ………………………………………………………………

Alamat : ………………………………………………………………

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

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

Jabatan : ………………………………………………………………

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

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

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

Dengan ini menyatakan bahwa :

* Bahwa Apoteker Pengelola Apotek (APA) tidak bekerja sebagai APA di tempat lain dan tidak bekerja pada bidang farmasi lain
* Tidak akan melakukan penjualan narkotika dan Obat Keras Tertentu (OKT) tanpa resep dokter
* Akan melaporkan pengelolaan obat narkotika dan psikotropika sesuai peraturan perundang-undangan

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan apabila dikemudian hari terbukti surat pernyataan ini tidak benar dan/atau terjadi penyalahgunaan terkait layanan Izin Apotekyang diterbitkan maka saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan dokumen yang telah diterbitkan dapat dibatalkan atau batal demi hukum.

Jakarta, ………………………….

Yang Menyatakan

*Ttd dan/atau cap*

*diatas materai Rp. 6000*

……………….

(Jabatan)

**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 surat di Unit Pelaksana PTSP Kecamatan. |
|  |
| Demikian Surat Kuasa ini dibuat agar dapat dipergunakan seperlunya. |
|  |
|  |  Jakarta…………………. |
|  Yang menerima Kuasa, | Yang memberi Kuasa, |
|  |  |
|  | *Ttd dan/atau cap* *diatas materai 6000*  |
|  |  |
|  (....................................) | ……………………………(Jabatan) |