**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nomor  Lampiran  Perihal | :  :  : | …………………………  1 (satu) berkas  Permohonan serta Pernyataan Kebenaran & Keabsahan Dokumen atas Izin Usaha Obat Tradisional (kecil dan mikro) | Yth. | Jakarta, ………………………………….  Kepada  Kepala Unit Pelaksana 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 : ………………………………………………………….

Jenis Alat Kesehatan : ……………………………………………………….

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan Izin Usaha Obat Tradisional (kecil dan mikro)dengan data sebagai berikut :

Nama Penanggung Jawab Teknis :………………………………………………..

No.STRA/STRTTK :…………………………………………………..

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Izin Usaha Obat Tradisional (kecil dan mikro)seperti yang terdapat dalam http://pelayanan.jakarta.go.id.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Izin Usaha Obat Tradisional (kecil dan mikro)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

**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 saya tidak pernah terlibat pelanggaran**

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan apabila dikemudian hari terbukti surat pernyataan ini tidak benar dan/atau terjadi penyalahgunaan terkait layanan Izin Usaha Obat Tradisional (kecil dan mikro)yang 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 | | | | : | ………………………………………………….. | |
| Alamat  No.KTP/NIK | | | | :  : | …………………………………………………..  …………………………………………………..  .......................................................................  …………………………………………………. | |
| Nama Badan Hukum  *(bila badan hukum/yayasan)* | | | | : | ...................................................................... | |
| Alamat Perusahaan  *(bila badan hukum/yayasan)* | | | | : | …………………………………………………..  …………………………………………………..  ………………………………………………….. | |
|  | | | |  |  | |
| Dengan ini memberi kuasa kepada : | | | | | | |
| Nama | | | : | | ………………………………………………….. | |
| Alamat  No.KTP/NIK  Jabatan | | | :  :  : | | .......................................................................  .......................................................................  .......................................................................  .......................................................................  ....................................................................... | |
|  | | |  | |  | |
|  |  |  | | | | |
| 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) |