**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

Nomor :

Lampiran :

Perihal : Permohonan Izin Produksi Perbekalan

Kesehatan Rumah Tangga (PKRT)

Kepada Yth.,

Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Provinsi DKI Jakarta

di Jakarta

Dengan hormat,

Bersama ini kami mengajukan permohonan Rekomendasi Produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) dengan data-data sebagai berikut:

1. Pemohon

a. Nama Pemohon/Direktur : .................................................

b. Alamat dan Nomor Telepon : .................................................

2. Perusahaan

a. Nama Perusahaan : .................................................

b. Alamat Kantor & No. Telepon : .................................................

c. Bidang Usaha : .................................................

d. Bentuk Perusahaan : .................................................

e. Akta Pendirian yang telah disahkanoleh Kementerian Kehakiman,

Nomor &Tanggal : .................................................

f. No. Pokok Wajib Pajak (NPWP) : .................................................

g. SIUP : .................................................

h. TDI : .................................................

i. Jenis yang Akan Diproduksi : .................................................

j. Status Permodalan : .................................................

k.Pimpinan Perusahaan : .................................................

l. Alamat Gudang :.................................................

3. Penanggung Jawab Produksi

a. Nama : .................................................

b. Pendidikan/Keahlian : .................................................

c. Nomor STR / Penanggungjawab : .................................................

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Rekomendasi Produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) di Bidang Kesehatan seperti yang terdapat dalam www.pelayanan.jakarta.go.id.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Rekomendasi Produksi Perbekalan Kesehatan Rumah Tangga (PKRT) di 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 .................................

Pemohon,

Stempel Perusahaan

Materai Rp. 6.000,-

( ................................................ )

Nama Terang Direktur

Tembusan :

1. Kepala Badan POM

2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi ..........................

3. Kepala Balai Besar/ Balai POM di ..........................

4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota di.......................

\* Di isi dengan tanda X

\*\* Pilih salah satu

**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 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) |