



No. /  
Bidang Kesehatan

## Checklist Persyaratan Sertifikat Distribusi Cabang Penyalur Alat Kesehatan

### Data Pemohon

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
Alamat Pemohon : \_\_\_\_\_ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
No. Telp/HP : \_\_\_\_\_  
Alamat Email : \_\_\_\_\_

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan yang didalamnya terdapat pernyataan kebenaran dan keabsahan dokumen & data di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku)		
2	<b>Identitas Pemohon/Penanggung Jawab</b> <ul style="list-style-type: none"><li>WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan NPWP (Fotokopi)</li></ul>		
3	<b>Jika dikuasakan</b> Surat kuasa di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	<b>Jika Badan Hukum ( Perseroan Terbatas atau Koperasi)</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Akta pendirian dan perubahan (Fotokopi)</li><li>SK pengesahan pendirian dan perubahan yang dikeluarkan oleh Kemenkumham [Fotokopi]</li><li>NPWP Badan Hukum (Fotokopi)</li></ul>		
5	Nomor Induk Berusaha (NIB)		
6	Izin Mendirikan Bangunan (IMB) [Fotokopi]		
7	Sertifikat Distribusi Penyalur Alat Kesehatan Pusat [Fotokopi]		
8	Penunjukkan cabang dari Distributor Penyalur Alat Kesehatan Pusat		
9	Surat penunjukan penanggung jawab teknis dari pimpinan cabang (Perjanjian Kerjasama antara Pimpinan Perusahaan dengan Penanggung Jawab Teknis minimal registrasi notaris)		
10	<b>Jika Penanggung Jawab Tenaga Kesehatan</b> Surat Tanda Registrasi (STR) apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) atau Akademi Teknik Elektromedik (ATEM) atau radiologi penanggung jawab penanggung jawab [Fotokopi]		
11	Ijazah apoteker atau Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) atau Akademi Teknik Elektromedik (ATEM) atau radiologi atau Teknik elektro penanggung jawab [Fotokopi]		
12	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari kepala cabang yang menyatakan tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di Bidang Alat Kesehatan		
13	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari penanggung jawab teknis yang menyatakan bekerja penuh dan tidak merangkap bekerja di perusahaan lain		
14	Surat Izin Bekerja (SIB) / Sertifikat Petugas Proteksi Radiasi (PPR) dari Badan Pengawasan Tenaga Nuklir (BAPETEN) bagi teknisi, jika alat kesehatan yang disalurkan: a. Alkes elektromedik Radiasi b. Alkes Produk Diagnostik In Vitro		
15	Proposal teknis yang dilengkapi dengan: <ul style="list-style-type: none"><li>Struktur Organisasi Cabang</li><li>Denah ruang kantor dan gudang beserta ukurannya</li><li>Standar Operasional Prosedur Distribusi Alat Kesehatan sesuai kelompok</li><li>Daftar jenis alat kesehatan yang disalurkan</li><li>Daftar pustaka (Farmakope edisi terakhir, peraturan perundang-undangan dan lain-lain)</li><li>Perlengkapan administrasi (kartu stok, faktur, SP, dan lain-lain)</li></ul>		
16	<b>Bukti Kepemilikan Tanah</b> Jika Milik Pribadi <ul style="list-style-type: none"><li>Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon, lampirkan data pendukung</li></ul> <b>Jika tanah atau bangunan disewa :</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan dari pemilik tanah atau bangunan</li></ul>		

### Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Admin Logbook			
3	Admin Teknis			
4	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
5	Kasubag TU			
6	Kepala Unit PTSP			
7	Admin TU untuk penomeran			

8	Front Office			
---	--------------	--	--	--

<b>Waktu Penyelesaian</b>	<b>Biaya Retribusi</b>	<b>Masa Berlaku</b>
30 hari kerja	-	Selama Perusahaan Masih Aktif Melakukan Kegiatan Usaha dan Melaksanakan CDAKB dan Izin PAK berlaku

**Catatan**

---

*Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur*