

	CHECKLIST BERKAS	No. Dokumen : FM-XX.E.28-01 Revisi : 00 Tgl Efektif : 02 September 2019
	IZIN TOKO OBAT	

TANGGAL : _____ NO. REG : _____

IDENTITAS PEMOHON	
1	Nama :
2	Alamat :
3	No. Telp :
4	Nama Usaha :
5	Alamat Usaha :

CHECKLIST VERIFIKASI PERSYARATAN

DIISI OLEH FRONT OFFICE					DIISI OLEH BACK OFFICE				
NO	JENIS BERKAS	KELENGKAPAN BERKAS				Keterangan	PERSYARATAN		KETERANGAN
		Baru		Perpanjangan			OK	Tidak OK	
		Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada				
1	Surat permohonan bermaterai Rp. 6.000								
2	Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng								
3	Alamat dan denah tempat usaha								
4	Fotocopy KTP/domisili pemohon								
5	Surat pernyataan bersedia bekerja asisten apoteker sebagai penanggungjawab teknis								
6	Fotocopy KTP/domisili asisten apoteker								
7	Fotocopy ijazah, surat penugasan dan surat izin kerja								
8	Surat pernyataan asisten apoteker tidak berkedudukan sebagai penanggungjawab dari toko								
9	Bukti pembayaran terakhir BPJS Kesehatan atau BPJS Ketenagakerjaan								
Status Tindak Lanjut : 		Status Kelengkapan Berkas <input type="checkbox"/> Berkas Tidak Lengkap Tetap dilanjutkan ke Bidang dengan Syarat <input type="checkbox"/> Berkas Lengkap <input type="checkbox"/> Berkas				Status Kelengkapan Persyaratan <input type="checkbox"/> Dikembalikan ke loket <input type="checkbox"/> Diteruskan ke Pembuatan Izin dengan syarat sesuai kewenangan Kabid <input type="checkbox"/> Persyaratan Lengkap Lanjut Pembuatan Izin			
		<i>Paraf FO :</i>		<i>Paraf BO :</i>		<i>Paraf Kasi :</i>		<i>Paraf Kabid :</i>	
		<i>Catatan Petugas:</i>				<i>Catatan Bidang:</i>			