

Hal : Permohonan Surat Ijin Apotek

Yang Terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Buleleng

Di –

Singaraja

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
No. KTP :
Alamat :
Telepon,
NPWP :
No. STRA :
Masa berlaku STRA samapai : (tanggal bulan tahun)
Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada:
Nama Apotek :
Alamat Apotek :
Telepon :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten/Kota :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- Fotocopy STRA;
- a. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk;
- b. Fotocopy NPWP;
- c. Fotocopy peta lokasi dan denah bangunan;
- d. Daftar prasarana, sarana, dan peralatan;

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Materai
6000

(.....)