

**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

(.....)