Form-9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hal | : | Permohonan Rekomendasi Perpanjangan Surat Izin Toko Obat (SITO) | Kepada Yth :  Kepala Dinas Kesehatan Kab. Tegal  Di  Slawi |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap dan gelar | : | ................................................................................................................. |
| No. KTP | : | ................................................................................................................. |
| Alamat | : | ................................................................................................................. |
|  |  | ................................................................................................................. |
|  |  | HP .................................................... Email :.......................................... |
| NPWP | : | ................................................................................................................. |
| No. STRTTK | : | ................................................................................................................. |
| Masa berlaku STRTTK | : | ................................................................................................................. |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi Surat Izin Toko Obat, pada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Toko Obat | : | ................................................................................................................. |
| Alamat Toko Obat | : | ................................................................................................................. |
| Alamat | : | ................................................................................................................. |
|  |  | ................................................................................................................. |
|  |  | Telp ................................... Email sarana :.............................................. |
| Desa/Kelurahan | : | ................................................................................................................. |
| Kecamatan | : | ................................................................................................................. |
| Kabupaten | : | ................................................................................................................. |

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi STRTTK dan SIPTTK;
2. Fotokopi KTP, TTK dan Pemilik;
3. Fotokopi NPWP, TTK dan Pemilik;
4. Daftar prasarana, sarana, dan kelengkapan lainnya (Form-24);
5. Daftar SDM di Toko Obat (farmasi dan non farmasi) dengan melampirkan fotokopi KTP, Ijazah, STR dan SIP (Form-18);
6. Asli Surat Pernyataan dari TTK bahwa tidak bekerja sebagai Penanggungjawab di sarana farmasi lain (bermaterai Rp.10.000,-) (Form-21);
7. Asli surat izin atasan bagi pemohon PNS, Anggota ABRI, dan pegawai instansi lainnya (dengan kop dan stempel basah) (Form-22);
8. Asli Surat Keterangan Sehat Fisik dari Puskesmas atau RS pemerintah;
9. Asli Surat Pernyataan TTK dan Pemilik Sarana tidak terlibat pelanggaran perundang-undangan di bidang obat (bermaterai Rp.10.000,-) (Form-23);
10. Fotokopi denah ruangan yang mencantumkan detail letak sarana dan prasarana beserta keterangannya
11. Fotokopi denah lokasi Toko Obat terhadap sarana farmasi di sekitarnya lengkap dengan keterangannya;
12. Fotokopi Laik Sehat;
13. Surat Pengantar Puskesmas;
14. Fotokopi IMB/PBG (yang menyebutkan sarana untuk tempat usaha);
15. Bukti Pelaporan Self Assesment dan Pelaporan Yanfar bulanan pada aplikasi Simona

Seluruh persyaratan dibuat rangkap 2 (salinan untuk Dinkes,asli untuk arsip Pemohon) dan dimasukkan ke dalam map biru bertuliskan nama sarana dan nomor HP.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

................., ...........................

Pemohon

Materai 10.000

...................................