Form-8

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hal  | : | Permohonan Rekomendasi Surat Izin Toko Obat (SITO) | Kepada Yth :Kepala Dinas Kesehatan Kab. TegalDi 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 Ijin 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 sarana, prasarana 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 akan 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);

Seluruh persyaratan dimasukkan ke dalam map biru bertuliskan nama sarana dan nomor HP.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

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

 Pemohon

 Materai 10.000

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