

Perihal : Permohonan Surat Izin Apotek

**Yang terhormat,  
Kepala DPMPTSP Kota Samarinda  
di-  
Samarinda**

Yang bertandatangan di bawah ini,

Nama :  
No. KTP :  
Alamat & No.Telp :  
No. NPWP APT :  
No. STRA :  
Masa Berlaku STRA :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek pada :

Nama Apotek :  
Alamat :  
No. Telp :  
Kelurahan :  
Kecamatan :  
Kota :

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 26 Tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan; bersama ini saya lampirkan :

- 1 Foto Copy STRA & Ijazah Apoteker.
- 2 Surat Izin Praktek Apoteker
- 3 Peta Lokasi dan Denah Bangunan
- 4 Daftar Sarana dan Prasarana dan Peralatan
- 5 FC. NIB, Izin komersial, Izin usaha
- 6 FC. IMB
- 7 FC. izin lingkungan dari DLH
- FC.SLF (SERTIFIKAT LAIK FUNGSI)

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Samarinda,  
Pemohon

Nama Lengkap