Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal Dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Gowa
Di –
Sungguminasa

Bersama ini kami mengajukan Permohonan untuk izin apotik dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon
   Nama Pemohon :
   Alamat Pemohon :
   Nomor Handphone :
2. Apotek
   Nama Apotik :
   Alamat :
   Kecamatan :
   Kota :
3. Apoteker Pengelola Apotek
   Nama Apoteker :
   Alamat Apoteker :
   No. SP / SIK :

Bersama permohonan ini kami lampirkan :

1. Salinan / Foto Kopi Surat Penugasan/Surat Izin Kerja
2. Salinan / Foto Kopi Surat Kartu Tanda Penduduk
3. Salinan / Foto Kopi Denah Bangunan / Lokasi
4. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik
5. Daftar Asisten Apoteker
6. Asli dan Salinan / Foto Kopi daftar terperinci perlengkapan apotik
7. Surat pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotek Bahwa tidak bekerja pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotik di Apotik lain
8. Akte perjanjian kerjasama Apoteker Pengelola Apotik dengan Pemilik Sarana Apotik
9. Surat Pernyataan Pemilik Sarana Apotek tidak terlibat pelanggaran perundang-undangan di bidang obat.
10. Salinan / Foto Kopi SITU.

Dengan permohonan ini, atas perhatian dan petunjuk Bapak, kami ucapkan terima kasih

Sungguminasa,……..

Pemohon

(…… .)