|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hal  | : | Permohonan Surat Izin Apotik (SIA) |  |
|  |  |  |  |
| Yang terhormat, |  |  |  |
| Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu |  |
| Kabupaten Sumedang |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Di |  |  |  |
| Sumedang |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Dengan hormat,  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Yang bertanda tangan di bawah ini: |  |
| Nama Lengkap | : |  |  |
| No. KTP | : |  |  |
| Alamat | : | .................................................................................................................................................................................................................. |
|  | Telepon: ................................................ |  |
| NPWP | : | ....................................................... |  |
| No. STRA | : | ....................................................... |  |
| Masa berlaku STRA  | : | ....................................................... (tanggal, bulan, tahun) |
|  |  |  |  |
| Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada: |
| Nama Apotek  | : | ....................................................... |  |
| Alamat Apotek  | : | .........................................................................................................  |  |
| Telepon  | : | ....................................................... |  |
| Desa/Kelurahan  | : | ....................................................... |  |
| Kecamatan | : | ....................................................... |  |
| Kabupaten | : | Sumedang |  |
|  |  |  |  |
| Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :  |  |
| 1. fotokopi STRA;
 |  |
| 1. fotokopi Kartu Tanda Penduduk;
 |  |
| 1. fotokopi NPWP;
 |  |
| 1. fotokopi peta lokasi dan denah bangunan;
 |  |
| 1. daftar prasarana, sarana, dan peralatan;
 |  |
|  |  |  |  |
| Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih. |
|  |  |  |  |
|  |  | Pemohon(.........................................)Nama Lengkap |  |
|  |  |  |  |