



PEMERINTAH KABUPATEN KEPULAUAN ANAMBAS  
**DINAS PENANAMAN MODAL, PTSP,  
TRANSMIGRASI DAN TENAGA KERJA**

**LEMBAR CHECKLIST PENGURUSAN IZIN**

**Surat Izin Apotek (SIA)**

<b>PETUGAS LOKET</b> :	<b>NOMOR BERKAS</b> :
Jenis Permohonan : _____	Tanggal Berkas Masuk : _____
Nama Usaha : _____	

DATA PEMOHON	PARAF PEMOHON	PARAF PETUGAS
Nama Lengkap : _____	( _____ )	( _____ )
Tempat/ Tanggal Lahir : _____		
Pekerjaan : _____		
Alamat : _____		
Nomor Telepon/HP : _____		

**KELENGKAPAN BERKAS**

<input type="checkbox"/> Map Biru 2 buah	<input type="checkbox"/> Photocopy Izin Gangguan (HO)
<input type="checkbox"/> Mengisi Formulir Permohonan	<input type="checkbox"/> Denah Bangunan
<input type="checkbox"/> Surat Permohonan Bermaterai	
<input type="checkbox"/> Photocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP)	
<input type="checkbox"/> Photocopy NPWP	
<input type="checkbox"/> Photocopy Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP)	
<input type="checkbox"/> Photocopy Tanda Daftar Perusahaan (TDP)	
<input type="checkbox"/> Photocopy Ijazah Asisten Apoteker	
<input type="checkbox"/> Surat Izin Prakterk Apoteker (SIPA)	
<input type="checkbox"/> Surat Pernyataan kesediaan kerja Asisten Apoteker	
<input type="checkbox"/> Daftar Obat	
<input type="checkbox"/> Daftar Alat	

BERKAS DITERIMA TIM TEKNIS	PARAF TIM TEKNIS
Nama : _____	( _____ )
Tanggal : _____	
Lama Proses : _____	
Catatan : _____	
<input type="checkbox"/> Izin Direkomendasikan <input type="checkbox"/> Izin Tidak Direkomendasikan	

BERKAS TELAH DITERIMA OLEH PETUGAS PENGOLAHAN PERIZINAN	PARAF
Nama : _____	( _____ )
Tanggal : _____	

MENGETAHUI	DITERIMA OLEH	DISERAHKAN KEPADA	DIARSIPKAN OLEH
KASI PERIZINAN & NON PERIZINAN	PETUGAS LOKET	PEMOHON	

Tarempa, September 2017  
Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP,  
Transmigrasi dan Tenaga Kerja Kabupaten  
Kepulauan Anambas  
di –  
Tarempa

Nomor :  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Penerbitan  
Surat Izin Apotek

Dengan hormat,

Dengan ini saya mengajukan permohonan penerbitan Surat Izin Apotek dengan data sebagai berikut:

Nama :  
Tempat/Tanggal Lahir :  
Alamat :  
Nomor Telp/ HP :  
Nama Perusahaan :  
Penanggungjawab Perusahaan :  
Alamat Perusahaan :

Sebagai pertimbangan dengan ini saya lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. Fotocopy Akta Pendirian;
2. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP);
3. Fotocopy NPWP;
4. Fotocopy Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP);
5. Fotocopy Tanda Daftar Perusahaan (TDP);
6. Fotocopy Ijazah Asisten Apoteker;
7. Fotocopy Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA);
8. Surat Pernyataan Kesiediaan kerja Asisten Apoteker;
9. Daftar Alat;
10. Daftar Obat;
11. Denah Bangunan;
12. Map Biru 2 Buah.

Demikian permohonan izin ini saya sampaikan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Tarempa, 2017

Hormat kami,  
Pemohon

6000

( \_\_\_\_\_ )