

FORMULI

Nomor : -
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Kerja Apoteker

K e p a d a
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
di -
M a m u j u

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat Tempat Tinggal :
Lulusan :
Tahun Lulus :
Tempat Praktek :
Email :

Bersama ini kami upload dokumen Asli hasil scan pada website <http://dpmpstsp.mamujukab.go.id> dan memperlihatkan dokumen Asli untuk dilakukan verifikasi faktual sesuai dengan syarat-syarat serta petunjuk untuk mengajukan permohonan antara lain :

1. Mengisi fomulir permohonan
2. File scan Asli KTP
3. File scan Asli NPWP (keterangan status Wajib Pajak dari Kementerian yang membidangi urusan keuangan melalui Direktorat Jenderal Pajak)
4. File scan Asli STRA Yang dilegalisir oleh KFN
5. File scan Asli Ijazah Apoteker
6. File scan asli surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/ penyaluran
7. File scan asli denah lokasi apotek
8. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
9. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
10. File scan Asli Rekomendasi dari Organisasi Profesi
11. File Scan Asli Rekomendasi Tim Teknis dari Dinas Kesehatan Kab. Mamuju
12. File Pas Foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih

Mamuju, 20
Hormat kami/Pemohon,

Keterangan :

- © : dilampirkan apabila terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah
- Jika tidak memiliki BPHTB, mengupload File Scan Asli Surat Keterangan yang menyatakan tidak terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah (mandiri)
 - File Scan Asli dalam bentuk PDF.