

FORMULI

Nomor : -
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Praktek 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 Lulusan :

Nomor SIP :

Tempat Praktek :

Email :

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

- a. Mengisi formulir permohonan
- b. File scan Asli KTP
- c. File scan Asli NPWP (Keterangan Status Wajib Pajak dari Kementerian yang membidangi urusan keuangan melalui Direktorat Jenderal Pajak)
- d. File scan Asli STRA yang dilegasir oleh KFN
- e. File scan Asli Ijazah Apoteker
- f. File scan Asli Surat keterangan berbadan sehat dari dokter
- g. File scan Asli Surat pernyataan mempunyai tempat praktek profesi atau surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan tempat praktek
- h. File scan Asli Denah Lokasi Apotik
- i. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- j. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
- k. File scan Asli Rekomendasi dari organisasi profesi
- l. File Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 2 lembar

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.