

FORMULIR

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

Tempat Bekerja :

Email :

Bersama ini kami upload dokumen Asli hasil scan pada website www.dpmpstp.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 dilegalisir oleh KFN
- e. File scan Asli Ijazah Apoteker yang disahkan oleh Pimpinan Penyelenggara Pendidikan Apoteker
- f. File scan Asli Surat Keterangan Berbadan Sehat dan Tidak Buta Warna
- g. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- h. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
- i. File scan Asli Rekomendasi dari Organisasi Profesi (PAFI/IAI)
- j. File scan Asli Rekomendasi Tim Teknis dari Dinas Kesehatan Kab.Mamuju
- k. File Pas foto ukuran 4X6 sebanyak 2 lembar dan 3X4 sebanyak 2 lembar

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih

Mamuju, 20
Hormat kami/Pemohon,

Keterangan :

© : dilampirkan apabila terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah.

- File Scan Asli dalam bentuk PDF.