

# FORMULIR

Nomor : -  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Toko Obat

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 / Badan Usaha : .....  
Nama Penanggung Jawab : .....  
Alamat Tempat Tinggal : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat Badan Usaha : .....  
N I B : .....  
NPWP : .....  
No Tlp,HP,Fax : .....  
Email : .....

Bersama ini kami upload dokumen Asli hasil scan pada website [www.dpmpptsp.mamujukab.go.id](http://www.dpmpptsp.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. Lampiran Nomor Induk Berusaha ( NIB ) dari OSS
- c. File scan Asli KTP
- d. File scan Asli NPWP ( keterangan status Wajib Pajak dari Kementerian yang membidangi urusan keuangan melalui Direktorat Jenderal Pajak )
- e. File scan Asli Izin Usaha dan IMB
- f. File scan Asli STRTTK
- g. File scan Asli Surat Tanda Registrasi Asisten Apoteker yang sudah di legalisir
- h. File scan Asli Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian sebagai penanggungjawab teknis
- i. File scan Asli Surat pernyataan kerjasama antar pemilik toko obat dan penanggungjawab
- j. File scan Asli Surat pernyataan pemilik tidak terlibat pelanggaran dibidang obat
- k. File scan Asli Daftar obat yang akan dijual pada toko obat
- l. File scan Asli Daftar sarana dan prasarana
- m. File scan Asli Denah bangunan
- n. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- o. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
- p. File scan Asli Rekomendasi Tim Teknis dari Dinas Kesehatan Kab. Mamuju
- q. File Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 2 lembar

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih

Mamuju, 2020  
Hormat Kami / Pemohon

Keterangan :

- © : dilampirkan apabila terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah.  
- File Scan Asli dalam bentuk PDF.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

PEMILIK TOKO OBAT

Nama : .....

Alamat : .....

Email : .....

PENANGGUNG JAWAB APOTEKER

Nama : .....

Alamat : .....

Email : .....

Adalah benar - benar tidak sedang bekerja pada perusahaan farmasi yang lain dan tidak bekerja sebagai apoteker pengelola toko obat pada toko obat lain.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mamuju,

Materai 6000,-

(.....)

SURAT PERNYATAAAN PEMILIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Email : .....

Adalah benar - benar tidak terlibat pelanggaran perundang-undangan di bidang obat.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mamuju,

Materai 6000,-

(.....)