

Yang terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal Tenaga
Kerja Transmigrasi dan PTSP Kab. Tana
Tidung
Di _

Tempat

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
No STRA :
Tempat, Tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat Tinggal :
Alamat Apotek :
Nomor Hp :
E-mail :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan surat Izin Apotek sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2018 tentang Pelayanan Perizinan Berusaha Terintegrasi Secara Elektronik Sektor Kesehatan.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- 1. Fotokopi STRA;
- 2. Fotocopy Izin Apotek;
- 3. Denah/Sket Bangunan
- 4. Daftar sarana dan prasana
- 5. Pas Foto berwarna 4x6 sebanyak 3 lembar dan 3x4 sebanyak 2 lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenanya kami ucapkan terimakasih.

Pemohon,

(.....)
Nama terang