

## FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN IZIN PEDAGANG ECERAN OBAT

*(Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf cetak atau diketik)*

Nomor : .....  
Lampiran : 1 (satu) bendel  
Perihal : **Permohonan Pendaftaran  
Izin Pedagang Eceran Obat**

Batu,.....  
Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal  
Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kota Batu  
di  
B A T U

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Alamat Rumah : .....  
No. Telp/HP : .....  
Nama Asisten Apoteker : .....  
Alamat Asisten Apoteker : .....  
Lokasi tempat usaha : .....

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan :

- Izin Pedagang Eceran Obat Baru**  
 **Izin Pedagang Eceran Obat Perpanjangan**

Demikian Surat Permohonan ini, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pemohon

(.....)

**Keterangan :**

- Beri tanda contreng untuk yang dimaksud**

## PERSYARATAN IZIN PEDAGANG ECERAN OBAT

1. Mengisi formulir permohonan pendaftaran
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon.
3. Fotokopi NIB (Nomor Induk Berusaha)
4. Denah tempat usaha.
5. Surat Penugasan.
6. Fotokopi ijazah yang **dilegalisir**.
7. Fotokopi STRTTK yang **dilegalisir** dan masih berlaku.
8. Surat Izin Kerja Asisten Apoteker (SIPTTK)
9. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan.
10. Surat Rekomendasi dari Organisasi profesi .
11. Pas Photo terbaru ukuran 4x6 sebanyak 5 (lima) lembar.
12. Fotokopi Surat Izin Apotek yang habis masa berlakunya (**untuk perpanjangan**).
13. Surat Kuasa bermaterai dan Fotokopi KTP Penerima Kuasa **jika dikuasakan kepengurusannya**
14. Berkas rangkap 2 (dua).