

Hal : Permohonan Penerbitan Sertifikat Standar Apotek

Kepada Yth. :
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Tulungagung
di-

TULUNGAGUNG

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
No. KTP :
Alamat :
Telepon :
NPWP :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Sertifikat Standar Apotek, pada :

Nama Apotek :
Alamat Apotek :
Telepon :
Desa / Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Scan Asli STRA dan SIPA;
- b. Scan Asli Kartu Tanda Penduduk;
- c. Scan Asli NPWP;
- d. Scan Asli Peta lokasi
- e. Scan Asli Denah bangunan;
- f. Scan Asli Daftar SDM;
- g. Scan Asli Daftar prasarana, sarana, dan peralatan;
- h. Scan Asli Nomor Induk Berusaha dan Izin Usaha

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimakasih.

Tulungagung,
Pemohon

()