

Bandung,.....

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen
Surat Izin Toko Obat

Kepada Yth.
Kepala DPMPTSP
Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
Di
BANDUNG

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :.....
Alamat : Jl.....
RT/RW.....Telp.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota / Kabupaten.....

Dengan ini mengajukan permohonan Pengesahan Dokumen sebagai persyaratan untuk mendapatkan izin Toko Obat sebagai berikut :

Nama Toko Obat :.....
Alamat : Jl.....
RT/RW.....Telp.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota Bandung.

Penanggung Jawab :.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Akte Notaris pendirian badan hukum/Kartu Tanda Penduduk bagi Pemilik Perorangan.
2. Denah bangunan dan denah lokasi.
3. Tenaga Teknis Kefarmasian Penanggung jawab, dengan melengkapi :
 - a. Surat Pengangkatan sebagai penanggung jawab teknis Toko Obat.
 - b. Surat Pernyataan kesanggupan sebagai Penanggung Jawab Teknis Toko Obat.
 - c. Fotocopy Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian yang masih berlaku di tempat tersebut.
4. Daftar Obat-Obatan yang dijual.
5. Daftar Sarana dan Prasarana
6. Surat Pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan Toko Obat (bermaterai).
7. Rekomendasi dari Puskesmas setempat.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya kami haturkan terima kasih.

Bandung,.....

Pemohon
Materai 6000

(.....)

Nama Toko Obat:

Alamat Toko Obat: Jl.....

RT/RWKelurahan

Kecamatan

Wilayah Kerja Puskesmas

Telepon.....Kode Pos.....

DENAH LOKASI

DENAH BANGUNAN

Bandung,

Pemohon

.....

SURAT PENGANGKATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kabupaten.....

Jabatan : Pemilik Toko Obat

Dengan ini mengangkat yang namanya tercantum di bawah ini :

Nama :

Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Kota/Kabupaten.....

Untuk menjadi Penanggung jawab pada Toko Obat
.....

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat
dipertanggungjawabkan jika kelak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan.

Bandung.....

Pemilik Klinik

(.....)

**SURAT KESEDIAAN ASISTEN APOTEKER
SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB TEKNIS TOKO OBAT**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

No& Tgl STRTTK :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Kota/ Kabupaten

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia menjadi penanggung jawab Toko Obat pada:

Nama : Toko Obat

Alamat PEO :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Kota Bandung

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk keperluan kelengkapan persyaratan permohonan Izin Toko Obat

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat : Jl.....

RT.....RW.....Telepon/HP.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Kota/Kabupaten.....

Jabatan : Pemilik Toko Obat

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia dan sanggup untuk :

1. Mentaati semua peraturan yang berlaku dan yang akan dikeluarkan kemudian dalam penyelenggaraan Pedangan Eceran Obat.
2. Tidak menerima atau melayani resep Dokter.
3. Tidak menyediakan Obat Keras, Psikotropika, dan Narkotika.
4. Tidak membuat Obat, membungkus atau membungkus kembali obat.
5. Tidak memasang nama yang sama atau menyamai nama apotek, Pabrik Obat, atau Pedagang Besar Farmasi, yang dapat menimbulkan kesan seakan-akan Toko Obat tersebut adalah sebuah Apotek atau ada hubungannya dengan Apotek, Pabrik Farmasi atau Pedagang Besar Farmasi.

dan apabila melanggar ketentuan tersebut saya siap menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan dapat dipertanggungjawabkan jika kelak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan.

Bandung,.....

Yang membuat Pernyataan

Materai 6000

(.....)