

21. FORMULIR PERMOHONAN IZIN APOTEK

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Apotek

Kepada Yth
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Sukabumi
di
Sukabumi

Bersama ini kami mengajukan permohonan mendapatkan Izin Apotek dengan data sebagai berikut :

1. Pemohon
Nama Apoteker :
Nomor Surat Izin Kerja/Tugas :
No. KTP :
Alamat :
Pekerjaan :

2. USAHA
Nama Usaha :
Alamat Usaha :
No. Telepon :
Kecamatan :
Provinsi :

3. Dengan menggunakan sarana
Nama Pemilik / Penanggung Jawab :
Alamat :
No. KTP :

Dengan ini mengajukan permohonan Izin Apotek untuk :

- a. Usaha Baru :
- b. Perpanjangan Izin Nomor : Tanggal
- c. Lain-lain :

Demikianlah Permohonan ini saya ajukan kepada Bapak, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Sukabumi,

Pemohon



(.....)

