 PEMERINTAH KABUPATEN LAMANDAU

##  **DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN**

**TERPADU SATU PINTU**

Alamat : Jalan Batu Batunggui No. 039 RT. 04C RW. IV Nanga Bulik

**FORMULIR IZIN APOTEK**

*(Berdasarkan Permenkes Nomor 14 Tahun 2021 dan Surat Kementerian Kesehatan Nomor : FY.01.01/1/785/2021)*

**DATA PEMOHON**

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. Tlp/HP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat Pemohon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA NIB**

Tgl. Terbit NIB : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nama Usaha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor NIB : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**STATUS PEMOHON :**

□ Perorangan □ Badan Hukum □ UMK □ Non UMK ­­­

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **PERSYARATAN** | **Kelengkapan Berkas (FO)** | **Verifikasi Berkas****(KASI)** |
| 1 | Surat Permohonan Tertulis dari Apoteker; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 2 | Surat pernyataan Pemenuhan Komitmen bermetrai Rp. 10.000 untuk Melaksanakan Registrasi di Aplikasi SIPNAP (**sipnas.kemkes.go.id**); | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 3 | Fotocopy KTP, STRA dan SIPA Apoteker; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 4 | Foto copy Kartu NPWP Perorangan bagi usaha Perorangan dan Foto Copy Kartu NPWP Apotek bagi usaha Berbadan Hukum; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 5 | Fotocopy Akte Notaris dan Pengesahannya dari Pejabat yang berwenang dan Surat Perjanjian Kerjasama dengan Apoteker yang disahkan oleh Notaris (**Bagi Usaha Berbadan Hukum**); | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 6 | Surat Keterangan Penguasaan Atas Tanah / SKT / Sertifikat Tanah; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 7 | Fotocopy Bukti Bayar PBB Tahun Terakhir 1 Lembar (**sesuai dengan pengajuan permohonan izin**); | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 8 | Dokumen SPPL (**Dapat Diajukan Melalui Lembaga OSS di laman oss.go.id**); | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 9 | Informasi Terkait Lokasi Apotek (**Berupa Denah Kasar Letak Apotek**); | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 10 | Denah Bangunan yang Menginformasikan Pembagian Ruang dan Ukuran Ruang Apotek serta Daftar Sarana Prasarana dan Peralatan yang ada di Apotek; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 11 | Foto Copy Dokumen Persetujuan Bangunan Gedung (PBG) apabila Bangunan Usaha Milik Sendiri; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 12 | Surat Perjanjian Sewa Kontrak / Perjanjian Pinjam Pakai apabila Status Bangunan Sewa / Milik Orang Lain; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 13 | Surat keterangan persetujuan tetangga diketahui RT, Kepala Desa/Kelurahan; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 14 | Foto Berwarna Papan Nama Apotek dan Papan Nama yang Menginformasikan Jadwal Praktik Apoteker dan Posisi Pemasangan; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 15 | Struktur Organisasi SDM yang berisi Informasi Apoteker Penanggung Jawab, Direktur (**Usaha Berbadan Hukum**), Asisten Tenaga Kefarmasian atau Tenaga Adminstasi jika ada; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 16 | Informasi paling sedikt 2 (dua) Orang Apoteker untu Apotek yang membuka layanan 24 Jam. |  |  |  |  |
| ***PERUBAHAN/PERPANJANGAN IZIN APOTEK*** |
| 17 | Seluruh Dokumen yang Mengalami Perubahan; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 18 | Dokumen Izin yang Masih Berlaku; | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |
| 19 | Self-Assessment Penyelenggaraan Apotek melalui Aplikasi SIMONA (simona.kemkes.go.id) | □ Ada | □ Tidak | □ Ada | □ Tidak |

|  |  |
| --- | --- |
| Penerima,( ................................................ ) | Pemohon,( ...........................................)**Page 1** |

**PERMOHONAN IZIN APOTEK**

**STATUS PEMOHON :**

□ Perseorangan □ Non Perseorangan

Nama Apoteker : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pekerjaan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIK/No. KTP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor NPWP Pribadi/Perusahaan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor VA BPJS Ketenagakerjaan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor KTA BJS Kesehatan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nama Perusahaan / Usaha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nama Pemilik Usaha (Apotek) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat Lokasi Usaha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nama Notaris : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor dan Tanggal Akta : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor/Tanggal Pengesahan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kegiatan Usaha : 1. Bidang Usaha (Sesuai KBLI) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. Jenis Dagangan Utama :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­­­

Modal Awal Usaha /Modal Dasar : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modal 3 Bulanan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modal dan Saham : Modal Dasar Rp.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Modal Ditempatkan Rp.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Modal Disetor Rp. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Pembelian Tanah Rp.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Peralatan / Mesin Rp.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Bangunan Gedung/Nilai Sewa Rp.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Mesin Peralatan Dalam Negeri Rp.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Status Lahan Usaha : **Sewa / Bukan Sewa** \**(Coret yang tidak perlu)*

Status Bangunan Usaha : **Sewa / Bukan Sewa** \**(Coret yang tidak perlu)*

Jumlah Karyawan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Orang/L) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Orang/P)

Luas Tempat Usaha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Status Bangunan Usaha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email dan Nomor HP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Izin Lingkungan yang diperlukan : AMDAL UKL-UPL SPPL

 **DISCLAIMER**

Dengan ini saya menyatakan bahwa Kelengkapan Data yang saya isikan

* BENAR DAN VALID
* DAPAT DIPERTANGGUNG JAWABKAN

|  |  |
| --- | --- |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ |
| \*) Coret yang tidak perlu |   Penanggung Jawab,   *METRAI Rp. 6000*Rp. 6.000,- ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) **Page** **2** |

**SURAT PERNYATAAN PEMENUHAN KOMITMEN**

Yang bertanda Tangan dibawah :

1. Nama Apoteker : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nomor KTP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Nomor NIB : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Alamat Tempat Tinggal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Saya bersedia memenuhi Komitmen untuk melaksanakan Registrasi Apotek di Aplikasi SIPNAP (sipnap.kemkes.go.id) dalam waktu dekat.
2. Apabila saya tidak sanggup untuk memenuhi Komitmen sesuai yang dipersyaratkan di i Aplikasi SIPNAP (sipnap.kemkes.go.id), maka saya bersedia dan setuju Nomor Induk Berusaha (NIB) Apotek saya dibekukan.

Demikian Pernyataan ini saya buat dengan sadar dan penuh tanggung jawab tanpa paksaan dari pihak manapun.

 Yang membuat pernyataan,

*Materai Rp.10.0000*

 ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

**PAGE 3**

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN DARI TETANGGA**

Yang bertanda tangan di bawah ini kami penduduk Desa/Kelurahan ........................................................... Kecamatan ................................................, yang tinggal di sekitar ............. meter dari Rencana Usaha atas nama Saudara ......................................, yang terletak di jalan ............................................................... RT......... RW.........

Dengan ini menyatakan tidak keberatan atas rencana usaha tersebut di atas dan supaya pemohon mematuhi segala ketentuan perundangan yang berlaku.

Kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) Utara
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) Timur
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Selatan

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ) Barat

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20....

|  |  |
| --- | --- |
| KETUA RT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nomor : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tanggal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | KEPALA DESA / LURAH \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nomor : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tanggal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |
| **DIREGISTRASI,** |
| CAMAT \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nomor : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tanggal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |

**PAGE 4**

**FORMAT**

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN PENGELOLAAN DAN**

**PEMANTAUAN LINGKUNGAN HIDUP (SPPL)**

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama : ……………………………………………………………………
2. Jabatan : ……………………………………………………………………
3. Alamat : ……………………………………………………………………
4. Nomor Telp : ……………………………………………………………………

Selaku penanggung jawab atas pengelolaan lingkungan dari:

1. Nama Apotek : ……………………………………………………………………
2. Alamat Apotek : ……………………………………………………………………
3. Nomor Telp./HP. : ……………………………………………………………………

Dengan dampak lingkungan yang terjadi berupa:

1. ……………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………
5. Dst.

Merencanakan untuk melakukan pengelolaan dan pemantauan lingkungan melalui:

1. ……………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………

Pada prinsipnya bersedia untuk dengan sungguh-sungguh untuk melaksanakan seluruh pengelolaan dan pemantauan dampak lingkungan sebagaimana tersebut di atas dan bersedia untuk diawasi oleh instansi yang berwenang.

Nanga Bulik, .............................................20....

 Yang menyatakan,

 Materai Rp.10.000

 (…………......................…………..)

**PAGE 5**

**SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN**

Yang bertanda Tangan dibawah :

1. Nama : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nomor KTP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Pekerjaan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Alamat Tempat Tinggal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Semua dokumen yang kami berikan untuk memenuhi persyaratan pengurusan Surat Izin Apotek sebagaimana terlampir adalah sah/legal dan data dokumen yang dilampirkan adalah benar.
2. Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan bahwa sebagian dan atau seluruh dokumen yang telah kami sampaikan tidak benar atau tidak sah, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku dan setuju Surat Izin Apotek yang telah diberikan untuk dicabut dan tidak berlaku lagi.

Demikian Pernyataan ini kami buat dengan sadar dan penuh tanggung jawab tanpa paksaan dari pihak manapun.

 Yang membuat pernyataan,

*Materai 10.000*

.................................

**PAGE 6**