PEMERINTAH KABUPATEN MERAUKE

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN**

**TERPADU SATU PINTU**

JL. Brawijaya Telp../Fax. : (0971) 321177/325287 Merauke – Papua 99616

**PERMOHONAN IZIN PRAKTEK APOTEKER**

Kepada Yth :

Bupati Merauke

c.q Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu

Kab. Merauke

Di -

MERAUKE

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama :
2. Tempat, tanggal lahir :
3. Alamat :
4. Jenis Kelamin :
5. Tahun Lulusan :
6. Nomor STRA :
7. Nomor HP :

Dengan ini kami mengajukan permohonan Izin Praktek Apoteker, Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Permohonan;
2. Fotocopy KTP;
3. Fotocopy NPWP;
4. Pas photo 4 x 6 cm 2 lembar;
5. Fotocopy Ijazah Apoteker yang dilegalisir;
6. Fotocopy STR yang dilegalisir;
7. Surat keterangan sehat **Asli** dari dokter;
8. Rekomendasi **Asli** dari organisasi profesi (IAI) Merauke;
9. Rekomendasi **Asli** dari Dinas Kesehatan Kab. Merauke;
10. Materai Rp. 10.000,- 1 (satu) lembar;
11. Foto copy SIP jika ada;
12. Map 2 Lembar;
13. Fotocopy NIB untuk tempat praktek mandiri.

Demikian permohonan ini kami buat dengan sebenarnya atas perhatian bapak / ibu kami ucapkan terima kasih.

Merauke, …………………...........

Hormat kami

Materai 10.000

( )