

**MAL PELAYANAN PUBLIK  
KABUPATEN SUMEDANG**

SKPD/INSTANSI : LOKET E - DINAS PMPTSP KABUPATEN SUMEDANG

No.	NAMA JENIS IZIN	JENIS LAYANAN	PERSYARATAN IZIN	KETERANGAN	BIAYA/TARIF
8	Izin Apotik	Baru	Foto Copy Akta Yayasan atau PT / CV / Perorangan	apabila berbadan hukum	Non Retribusi
			Foto Copy Ijazah Apoteker dan Asisten Apoteker	untuk apoteker	
			Foto Copy Surat Penugasan (STRA)	untuk asisten apoteker	
		Foto Copy Surat Izin Kerja Asisten (STRTTK)	menerangkan bahwa apoteker dan asisten apoteker bekerja pada apotik tersebut		
		Foto Copy KTP Apoteker dan Asisten serta Pemilik			
		Surat Pernyataan dari Apoteker dan Asisten Apoteker bermaterai Rp. 10.000			
		Denah Ruangan dan Peta lokasi.			
		Surat pernyataan kerjasama antara Apoteker dengan Pemilik Apotik dihadapan Notaris (Akta).			
		Pas Foto Ukuran 4 x 3 = 3 lembar Apoteker, Asisten dan Pemilik			
Rekomendasi IAI Cabang Sumedang					
Surat kepemilikan bangunan hak milik / kontrak					
SIUP					
IMB					
Surat Pernyataan Pemilik Sarana bermaterai Rp. 10.000	menerangkan bahwa sarana tersebut adalah hak milik				
Surat Permohonan bermaterai Rp. 10.000					
Nomor Induk Berusaha (NIB)					
			REKOMENDASI TEKNIS		
			Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang		
Perpanjangan			Foto Copy Ijazah Apoteker dan Asisten Apoteker		
			Foto Copy Surat Penugasan (STRA)		
			Foto Copy Surat Izin Kerja Asisten (STRTTK)		
			Foto Copy KTP Apoteker dan Asisten Pemilik		
			Surat Pernyataan dari Apoteker dan Asisten Apoteker bermaterai Rp. 10.000		
			Surat pernyataan kerjasama antara Apoteker dengan Pemilik Apotik dihadapan Notaris (Akta)		
Pas Foto Ukuran 4 x 3 = 3 lembar Apoteker, Asisten dan Pemilik					
Izin Apotik lama					
SIUP					
IMB					
Nomor Induk Berusaha (NIB)					
Rekomendasi IAI Cabang Sumedang					
			REKOMENDASI TEKNIS		
			Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang		
Balik Nama/Perubahan			Foto Copy Akta Yayasan atau PT / CV / Perorangan	apabila berbadan hukum dan mengalami perubahan dalam susunan pengurusan atau modal	
			Foto Copy Ijazah Apoteker dan Asisten Apoteker		

No.	NAMA JENIS IZIN	JENIS LAYANAN	PERSYARATAN IZIN	KETERANGAN	BIAYA/TARIF
			Foto Copy Surat Penugasan (STRA) Foto Copy Surat Izin Kerja Asisten (STRTTK)  Foto Copy KTP Apoteker dan Asisten serta Pemilik Surat pernyataan kerjasama antara Apoteker dengan Pemilik Apotik dihadapan Notaris (Akta) Surat Keterangan Pelimpahan/Perubahan Apotik Surat Pernyataan Pemilik Sarana bermaterai Rp. 10.000 Surat Pernyataan dari Apoteker dan Asisten Apoteker bermaterai Rp. 10.000 SK Apotik Lama Nomor Induk Berusaha (NIB) Rekomendasi IAI Cabang Sumedang	untuk apoteker untuk asisten apoteker. apabila asisten lebih dari Satu, filenya dapat dijadikan Satu   menerangkan bahwa apoteker dan asisten apoteker bekerja pada apotik tersebut	
			REKOMENDASI TEKNIS		
			Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang	Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang	