PEMERINTAH PROVINSI JAWA BARAT
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

DAFTAR PERSYARATAN

IZIN / NON IZIN (REKOMENDASI)
Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan (Perubahan)

NO	PERSYARATAN
1.	Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000 (Rp. 6.000,- x 2) yang ditujukan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Prov. Kalimantan Utara dengan mencantumkan nama perusahaan, alamat kantor, dan alamat gudang
2.	Salinan Nomor Induk Berusaha (NIB)
3.	Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
4.	Surat pernyataan bersedia bekerja sebagai asisten apoteker penanggung jawab/ tenaga teknis di atas materai Rp. 10.000 (Rp 6.000 x 2)
5.	Foto copy Ijazah dari asisten apoteker Penanggung jawab/ tenaga teknis
6.	Surat Izin Kerja (SIK)/Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)
7.	Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK)/ Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)
8.	Akte Perjanjian Perusahaan dengan penanggung jawab (perubahan)
9.	Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Penanggung Jawab
10.	Surat Keputusan Penyalur Alat Kesehatan lama dan asli

Copyright 2026. Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Kalimantan Utara