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

DAFTAR PERSYARATAN

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

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.	Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp. 10.000 (Rp. 6.000,- x 2) dari kepala cabang yang menyatakan tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang farmasi
3.	Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
4.	Status bangunan (milik sendiri lampirkan bukti kepemilikan dan bila sewa lampirkan fotocopy perjanjian sewa menyewa
5.	Denah lokasi
6.	Denah bangunan (sertakan ukuran)
7.	Asisten Apoteker penanggung jawab/tenaga teknis
8.	Foto copy KTP asisten apoteker penanggung jawab/ tenaga teknis
9.	Surat pernyataan bersedia bekerja sebagai asisten apoteker penanggung jawab/ tenaga teknis di atas materai Rp. 10.000 (Rp 6.000 x 2)
10.	Foto copy Ijazah dari asisten apoteker Penanggung jawab/ tenaga teknis
11.	Surat Izin Kerja (SIK)/Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)
12.	Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK)/ Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)
13.	Akte perjanjian perusahaan dengan penanggung jawab
14.	Fotocopy Surat Izin Penyalur Alat Kesehatan
15.	Jenis dan macam alat yang diedarkan
16.	Fotocopy nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
17.	Salinan Akta Pendiran Perusahaan
18.	Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Penanggung Jawab
19.	Salinan Surat Keterangan Domisili Perusahaan

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