

PEMERINTAH KABUPATEN TASIKMALAYA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

DAFTAR PERSYARATAN

IZIN / NON IZIN (REKOMENDASI)
Izin Toko Obat

| NO | PERSYARATAN |
|-----|--|
| 1. | Pemohon memproses Izin Toko Obat melalui website https://www.oss.go.id/oss/ |
| 2. | Nomor Induk Berusaha (NIB) |
| 3. | SIUP |
| 4. | Kewajiban pemenuhan komitmen Izin Toko Obat |
| 5. | Untuk memenuhi komitmen, pemohon mengisi formulir permohonan bermeterai Rp. 6.000 |
| 6. | Alamat dan denah tempat usaha |
| 7. | Nama dan alamat pemohon |
| 8. | Nama dan alamat Tenaga Teknis Kefarmasian/Asisten apoteker |
| 9. | Turunan ijazah Tenaga Teknis Kefarmasian |
| 10. | Fotokopi Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian |
| 11. | Surat pernyataan kesediaan bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian/Asisten apoteker |