

Nomor : -  
Lampiran : .....  
Hal : **Permohonan Ijin Toko Obat**

Kepada :  
Yth. **BUPATI SUKOHARJO**  
Cq. Kepala Dinas Kesehatan  
di  
SUKOHARJO

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Tempat Tanggal Lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Agama : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat Toko Obat : .....

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Toko Obat

Sebagai bahan pertimbangan, kami lampirkan.

1. Foto copy tanda pengenal pemohon
2. Foto copy Surat Keterangan status bangunan
3. Surat pernyataan pemilik diatas materai bahwa tidak sedang/pernah terlibat dalam pelanggaran per-UU-an di bidang obat.
4. Identitas Penanggung Jawab teknis (Asisten Apoteker) meliputi foto copy KTP, foto copy ijazah, foto copy SIAA/STRTTK, Surat kesanggupan menjadi penanggung jawab (bermaterai), surat ijin atasan bagi PNS.
5. Daftar rencana obat yang akan dijual
6. Rekomendasi dari Puskesmas setempat
7. Rekomendasi dari Gabungan Pengusaha Farmasi bidang Toko Obat
8. Gambar peta lokasi
9. Gambar denah ruangan

Demikian atas perhatian Bapak, kami ucapkan terima kasih

Sukoharjo, .....  
Pemohon,

materai Rp.6000,-

.....

## CHECK LIST PERSYARATAN PERMOHONAN IZIN TOKO OBAT

Nama Toko Obat : .....

Alamat : .....

No. Telepon : .....

Nama Penanggung Jawab : .....

Alamat : .....

No. Telepon : .....

No.	Kelengkapan Permohonan	Ada	Tidak Ada	Keterangan
1	Surat Permohonan ditujukan kepada Bupati melalui Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo (bermaterai Rp.6000,-)			
2	Foto Copy tanda pengenal pemohon (pemilik)			
	a. Akte Notaris (jika pemohon Yayasan / Badan)			
	b. KTP (jika pemohon perorangan)			
3	Foto Copy Surat keterangan status bangunan (hak milik / sewa / kontrak)			
	a. Milik Sendiri			
	- Foto Copy Sertifikat Bangunan			
	b. Kontrak / Sewa			
	- Foto Copy Sertifikat Bangunan			
	- Perjanjian Kontrak (Notaris)			
	c. Pinjam Pakai			
	- Foto Copy Sertifikat Bangunan			
	- Surat Perjanjian Pinjam Pakai dari Notaris			
4	Surat Pernyataan pemilik bahwa tidak sedang/pernah terlibat dalam pelanggaran perundang-undangan di bidang obat (bermaterai Rp.6000,-).			
5	Identitas Penanggung Jawab Teknis : Asisten Apoteker			
	a. Foto Copy KTP / Keterangan berdomisili di Sukoharjo			
	b. Foto Copy Ijasah			
	c. Foto Copy SIAA / STRTTK			
	d. Surat Kesanggupan menjadi penanggung jawab (bermaterai Rp.6000,-)			
	e. Surat ijin atasan (bagi tenaga PNS)			
6	Daftar rencana obat yang akan dijual			
7	Rekomendasi dari Puskesmas			
8	Rekomendasi dari Gabungan Pengusaha Farmasi bidang Toko Obat			
9	Gambar Peta Lokasi			
10	Gambar Denah Ruangan			

Berkas diterima tanggal : .....

Kunjangan lokasi tanggal : .....

Surat Ijin terbit tanggal : .....

Sukoharjo, .....  
Pemeriksa,

.....  
(tanda tangan & nama terang)

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

.....

Telepon : .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak pernah dan tidak akan melakukan pelanggaran hukum (perundang-undangan) di bidang obat/kefarmasian.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, jika dikemudian hari didapatkan bahwa saya telah melakukan pelanggaran hukum yang dimaksud, saya bersedia diberikan sanksi sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Sukoharjo, .....

Yang menyatakan,

materai Rp.6000,-

.....

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
.....  
Telepon : .....

Dengan ini menyatakan bahwa saya,

1. Sanggup menjadi Asisten Apoteker pada :

Toko Obat : .....  
Alamat : .....  
.....

2. Sanggup melaksanakan kegiatan pelayanan kesehatan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, untuk dapat digunakan sebagaimana perlunya.

Sukoharjo, .....  
Yang menyatakan,

materai Rp.6000,-

.....

**CHECK LIST SUPERVISI TOKO OBAT BERIJIN**

Nama Toko Obat : .....

Alamat : .....

No. Telepon : .....

Nama Penanggung Jawab : .....

No. SIKAA/SIKTTK : .....

No.	Perincian	Ya	Tidak	Keterangan (MS/TMS)
1	Tersedia papan nama			
	a. Ukuran papan nama (minimal 60 x 40 cm)			
	b. Bertuliskan Toko Obat Berijin, Tidak Menerima Resep			
	c. Mencantumkan Nomor Ijin (bagian bawah pojok kanan)			
2	d. Tulisan warna hitam di atas dasar putih (tinggi dan tebal huruf min 5 cm)			
	Kondisi penyimpanan obat memenuhi persyaratan			
	- Tidak terkena sinar matahari langsung			
	- Tidak pada kondisi lembab			
3	Toko obat menerima dan melayani resep dokter			
4	Toko obat membuat, membungkus atau membungkus kembali obat			
5	Obat bebas terbatas (lingkaran biru) disimpan dalam almari khusus, tidak boleh dicampur dengan obat bebas (lingkaran hijau) atau barang lain			
6	Toko obat memasang nama yang sama atau menyamai nama apotek, pabrik farmasi atau PBF di depan tokonya			
7	Toko obat menjual obat daftar G (obat keras)			
8	Produk yang dijual di toko obat selain obat : .....			
	.....			
	.....			
9	Toko obat menjual produk jamu			
	a. Jenis jamu : .....			
	b. Produk jamu mempunyai ijin edar			
	c. Mencantumkan masa kadaluarsa			
10	Lain -lain			

**Saran Perbaikan :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pemilik/Penanggungjawab,

Sukoharjo, .....

Petugas,

.....

.....