



Nomor TTB/ Bulan :     /

Sektor Kesehatan

CHECKLIST BERKAS PERMOHONAN  
SERTIFIKAT DISTRIBUSI CABANG FARMASI

Data Pemohon

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_

Alamat Pemohon : \_\_\_\_\_

No. Telp/HP : \_\_\_\_\_

Alamat Email : \_\_\_\_\_

No	Persyaratan	✓/x	Keterangan
A. PERSYARATAN ADMINISTRATIF			
1.	Surat permohonan bermaterai cukup dalam 2 (dua) rangkap dari pemohon kepada Gubernur Kepulauan Bangka Belitung C.q. Kepala DPMPTSP Provinsi Kepulauan Bangka Belitung ditandatangani Direksi/Ketua/Pimpinan;		
2.	Profil Perusahaan, Akta Pendirian dan Perubahan Perusahaan/Koperasi dan Pengesahannya;		
3.	Salinan Nomor Induk Berusaha (NIB);		
4.	Izin Usaha, Izin Lokasi;		
5.	Fotocopy Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);		
6.	Surat Kuasa jika permohonan diwakilkan, melampirkan Fotokopi KTP pemberi dan penerima Kuasa.		
B. PERSYARATAN TEKNIS			
1.	Fotocopy Sertifikat Distribusi Farmasi (pusat);		
2.	Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Apoteker;		
3.	Fotocopy Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA);		
4.	Surat Pernyataan diatas materai 10.000 mengenai bersedia bekerja penuh ( <i>full time</i> ), dan apabila melanggar siap dikenakan sanksi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;		
5.	Surat Perjanjian Kerja antara Apoteker dengan Kepala Cabang/Direktur.		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis (Back Office) : Survey / Tidak Survey			
3	Kepala Seksi			
4	Kepala Bidang			
5	Kepala DPMPTSP			
6	Petugas Penomoran dan Penyerahan Izin (Front Office)			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Maksimal Penyelesaian
..... Hari Kerja	Rp 0,-	18 HK

Catatan

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*Ket :  
1) Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur;  
2) Mohon memberi alasan jika penyelesaian izin melebihi standar waktu yang ditentukan.