



Nomor TTB/ Bulan : /

Sektor Kesehatan

CHECKLIST BERKAS PERMOHONAN
IZIN CABANG DISTRIBUSI ALAT KESEHATAN

Data Pemohon

Nama Pemohon : _____

Alamat Pemohon : _____

No. Telp/HP : _____

Alamat Email : _____

No	Persyaratan	✓/✗	Keterangan
A. PERSYARATAN ADMINISTRATIF			
1.	Surat permohonan bermeterai cukup dalam rangkap 2 (dua) yang ditujukan kepada Gubernur Kepulauan Bangka Belitung C.q. Kepala DPMPPTSP Provinsi Kepulauan Bangka Belitung;		
2.	Profil Perusahaan/Akta Pendirian dan Perubahan Perusahaan/Koperasi dan Pengesahannya;		
3.	Salinan Nomor Induk Berusaha (NIB);		
4.	Izin Usaha/Izin operasional, Komersial, 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 Surat Izin Distribusi Alat Kesehatan (Pusat);		
2.	Daftar dan Jenis Alat Kesehatan yang disalurkan;		
3.	Pemenuhan Cara distribusi/CDAKB;		
4.	Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Bio Data Penanggungjawab Teknis;		
5.	Daftar Nama Teknisi dan Ijazah Teknisi (Khusus yang menyalurkan Alat Kesehatan Elektromedik);		
6.	Denah Bangunan kantor dan Gudang;		
7.	Berita Acara Pemeriksaan.		

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 DPMPPTSP			
6	Petugas Penomoran dan Penyerahan Izin (Front Office)			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Maksimal Penyelesaian
..... Hari Kerja	Rp 0,-	14 HK

Catatan

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