

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

DAFTAR PERSYARATAN

IZIN / NON IZIN (REKOMENDASI)  
SERTIFIKAT DISTRIBUSI CABANG FARMASI

NO	PERSYARATAN
1.	Surat Permohonan sesuai dengan Permenkes No.1148 Tahun 2010 diatas Kop Surat ditujukan Kepala Dinas PMPTSP Provinsi Jawa Barat ditandatangani oleh Kepala Cabang dan Apoteker calon penanggungjawab diatas Materai 6000 dan di cap Perusahaan (mencantumkan Alamat lengkap dan No.Telp/Fax)
2.	Surat Tugas/Surat Kuasa dari Kepala Cabang meterai 6000 (Jika pengunggahan Permohonan bukan oleh Kepala Cabang)
3.	Nomor Induk Berusaha PBF Pusat
4.	Izin Usaha Alamat Pusat & Alamat Cabang (Surat Izin Usaha Perdagangan dan Tanda Pendaftaran Agen Atau Distributor Barang dan/atau Jasa dari OSS)
5.	Izin Lokasi untuk alamat Cabang dari OSS
6.	Izin Komersial / Operasional dari OSS
7.	Scan sertifikat distribusi farmasi (Pusat) yang sudah dilegalisir oleh Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan Kementerian Kesehatan RI
8.	Surat Pernyataan Tidak Pernah Terlibat Pelanggaran Peraturan Perundang-Undangan Di Bidang Farmasi dalam kurun waktu 2 tahun terakhir dari Kepala Cabang diatas Materai 6.000
9.	Scan KTP / Akta Pendirian Cabang dan Akta Pengangkatan Kepala Cabang;
10.	Scan KTP/Identitas Apoteker Penanggung Jawab.
11.	Scan Ijazah Apoteker Penanggung Jawab
12.	Scan Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)
13.	Surat Pernyataan bersedia bekerja penuh (Full Time) apabila melanggar siap dikenakan sanksi sesuai peraturan perundangan-undangan yang berlaku dari Apoteker/Penanggungjawab diatas Materai 6.000,-
14.	Scan Surat Perjanjian Kerja antara Apoteker dengan Kepala Cabang/Direktur (Akte/Waarmeking Notaris)
15.	Denah/layout bangunan diatas kop surat, cap dan tandatangan kepala cabang
16.	Peta Lokasi diatas kop surat, cap dan tandatangan kepala cabang
17.	Surat Pernyataan dari Pimpinan siap ditinjau ke sarana kapan saja diatas materai 6000