NAMA IZIN : IZIN APOTEK

No	Dasar Hukum	Persyaratan	Biaya (Rp.)	Masa Berlaku	Waktu
1	1. Undang-Undang Obat Keras (St. 1937 Nomor 541); 2. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan; 3. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 1980 tentang Perubahan Atas Peraturan Pemerintah Nomor 26 Tahun 1965 tentang Apotik (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1980 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3169); 4. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara RI Nomor 138 Tahun 1998, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3781); 5. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1332/ Menkes/ SK/ X/ 2002 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 922/ Menkes/ Per/ X/ 1993 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotik; 6. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 922/ Menkes/ Per/ X/ 1993 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pembeian Izin Apotik; 7. Peraturan Bupati Rote Ndao Nomor 26 Tahun 2011 tentang Perubahan Atas Peraturan Bupati Rote Ndao Nomor 15 Tahun 2010 Tentang Pelimpahan Sebagian Kewenangan Pengelolaan dan Penandatanganan Perizinan dari Unit Kerja Teknis Kepada Kepala Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Rote Ndao.	1. Mengisi dan menandatangani Formulir Permohonan 2. Surat Perjanjian Akta Notaris Apoteker dengan Pemilik Sarana Apoteker (PSA) 3. Surat Penyataan Apoteker Tidak Terlibat UU Kefarmasian bermateraiRp. 6000,- 4. Foto copy Ijazah Apoteker sebanyak 1 lembar 5. Surat Pernyataan Apoteker Tidak Bekerja di Apotik lain bermateraiRp. 6000,- 6. Foto copy KTP pemohon sebanyak 1 lembar 7. Foto copy Rekomendasi dari Dinas Kesehatan sebanyak 1 lembar 8. Foto copy Surat Izin Tempat Usaha (SITU) yang dilegelisir 1 lembar 9. Foto copy Izin Mendirikan Bangunan (IMB) sebanyak 1 lembar 10. Foto copy Ijazah Asisten Apoteker sebanyak 1 lembar 11. Surat Penugasan Asisten Apoteker 12. Surat Pernyataan Asisten Apoteker bekerja Full Time di Apotik tersebut bermaterai Rp. 6000,- 13. Surat Pernyataan Asisten Apoteker Tidak Bekerja di Apotik Lain bermaterai Rp. 6000,- 14. Daftar Tenaga Kerja 15. Foto copy Rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat sebanyak 1 lembar 16. Pas foto 4x6 cm sebanyak 2 lembar 17. Map snelhekter warna merah 1 buah	➢ Izin Baru = Gratis	5 tahun	14 hari