

|   |   |   |
|---|---|---|
|  <p><b>PEMERINTAH KABUPATEN PASAMAN<br/>DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU<br/>SATU PINTU</b></p> | NOMOR SOP   | 61/SOP Perizinan dan Non Perizinan/DPMPTSP-2017   |
|   | TGL. PEMBUATAN  | Juni 2017   |
|   | TGL. REVISI   | -   |
|   | TGL. EFEKTIF  |   |
| <p><b>BIDANG PELAYANAN PERIZINAN</b></p>  | DISAHKAN OLEH   | <p><b>KEPALA DINAS</b></p> <p><b><u>Drs. HASIROLAN HUTAGALUNG</u></b><br/><b>NIP. 19660704 199403 1 013</b></p> |
|   | NAMA SOP  | SOP IZIN TOKO OBAT  |
| <b>DASAR HUKUM</b>  | <b>KUALIFIKASI PELAKSANA</b>  |   |
| 1. Perda Nomor 16 Tahun 2014<br>2. Peraturan Bupati Pasaman Nomor 14 Tahun 2017<br>3. Peraturan Bupati Pasaman Nomor 17 Tahun 2017  | 1. Mampu mengoperasikan komputer minimal Ms. Office<br>2. Memahami tentang proses pengurusan Izin<br>3. Memahami peraturan terkait pengurusan perizinan   |   |
| <b>KETERKAITAN</b>  | <b>PERALATAN/PERLENGKAPAN</b>   |   |
| 1. Surat Izin Praktik Asisten Apoteker  | 1. Komputer<br>2. Printer<br>3. ATK   |   |
| <b>PERINGATAN</b>   | <b>PENCATATAN DAN PENDATAAN</b>   |   |
| SOP ini akan terlaksana apabila didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai. Jika SOP tidak dilaksanakan, maka izin akan terlambat diterbitkan.                                       | 1. Permohonan rekomendasi izin praktek<br>1. FC Surat Keterangan Domisili Perusahaan (SKDP)<br>2. Asli/ FC Surat Pernyataan sebagai Penanggung Jawab toko obat<br>3. FC Surat Izin Praktik Asisten Apoteker<br>4. FC Ijazah Asisten Apoteker yang dilegalisir<br>5. FC daftar obat yang diizinkan dijual yang ditanda tangani Asisten Apoteker<br>6. Alamat dan Denah Toko Obat<br>7. Akte perjanjian kerjasama antara asisten apoteker dengan pemilik sarana toko obat<br>8. Berita Acara Pemeriksaan Setempat oleh seksi POM setempat<br>9. Pas Foto pimpinan / penanggung jawab, ukuran 3 x 4 cm sebanyak 3 lembar |   |