

IZIN OPERASIONAL OPTICAL

1. NAMA PEMOHON	:	
2. ALAMAT PEMOHON	:	
3. KECAMATAN	:	
4. KELURAHAN	:	
5. NO. KTP	:	
6. NO. HP / TLP	:	
7. UMUR	:	
DATA SARANA		
1. NAMA SARANA	:	
2. ALAMAT SARANA	:	
3. PENANGGUNG JAWAB	:	

PERSYARATAN :

1. Foto copy KTP Penanggung Jawab Optic
2. Foto copy SIK RO
3. Foto copy surat pernyataan status bangunan dalam bentuk akte hak milik sewa/kontrak
4. Denah Lokasi
5. Sertifikasi/Ijazah keahlian
6. Daftar Peralatan yang di gunakan
7. Rekomendasi dari Puskesmas
8. Pas Foto Berwarna penanggung jawab 3 x 4 (2 lembar)
9. Siapkan 2 Tanaman Obat (dilengkapi dengan cara penggunaan dan Fungsinya)
10. Fotokopi Surat Izin Optical yang lama (bagi yang perpanjang)

PEMOHONMaterai
Rp. 10.000

.....