

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

DAFTAR PERSYARATAN

IZIN / NON IZIN (REKOMENDASI)
IZIN USAHA KECIL OBAT TRADISIONAL (IUKOT-PENUTUPAN)

| NO | PERSYARATAN |
|----|--|
| 1. | Surat Permohonan sesuai dengan Permenkes No.006 Tahun 2012 diatas Kop Surat ditujukan ke Ditjen Bina Kefarmasian dan Alkes Cq. Kepala Dinas PMPTSP Provinsi Jawa Barat ditandatangani oleh Direktur dan Apoteker penanggungjawab diatas Materai 6000 dan di cap Perusahaan (mencantumkan Alamat Jelas dan No.Telp/Fax) |
| 2. | Surat Tugas/Surat Kuasa dari Perusahaan/Konsultan |
| 3. | Pertimbangan teknis dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi |
| 4. | Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota |
| 5. | Rekomendasi dari Kepala Balai Besar POM Bandung |
| 6. | Surat Izin Asli IUKOT/IOT |