**PERMOHONAN IZIN DISTRIBUTOR ALAT KESEHATAN**

**No. Surat : …………………………..**

**Perihal : Permohonan Baru / Perubahan / Perpanjangan Izin Distribusi Alat**

 **Kesehatan**

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Izin Distributor Alat Kesehatan** dengan data-data sebagai berikut:

1. Pemohon (Pimpinan Perusahaan)
2. Nama Pemohon :
3. Alamat Pemohon :
4. Nomor Telepon :
5. Perusahaan
6. Nama Perusahaan :
7. NIB :
8. Status Permodalan :
9. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :
10. Nama Pimpinan Perusahaan :
11. Alamat Kantor/Surat Menyurat :
12. Nomor Telepon Kantor

(Bukan Nomor *Handphone*) :

1. Alamat Gudang :
2. Nomor Telepon Gudang

(Bukan Nomor *Handphone*) :

1. Alamat Bengkel (Khusus Kelompok Elektromedik Radiasi, Elektromedik Non Radiasi dan IVD Instrumen) :
2. Penanggung Jawab Teknis
3. Nama :
4. Latar Belakang Pendidikan :
5. Nomor Ijazah :
6. Tenaga Teknisi (Minimal SMK)
7. Nama :
8. Latar Belakang Pendidikan :
9. Nomor Ijazah :
10. Daftar Kelompok Alat Kesehatan Disalurkan

-

-

-

Demikianlah permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.



tempat, (tanggal bulan tahun)

Pemohon,

tanda tangan (Materai 10.000)

Stempel Perusahaan

( ……………………….. )

Nama Direktur