

**CHECK LIST DOKUMEN PENGGANTIAN**  
**APOTEKER PENANGGUNG JAWAB**

A.n. PT. :  
Alamat :

Diterima Tanggal :

<b>NO</b>	<b>URAIAN</b>	<b>ADA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>KETERANGAN</b>
1.	Surat Permohonan			
2.	Nama Industri/PBF/PBBBBF			
3.	Alamat Industri/PBF/PBBBBF			
4.	Nama Direktur			
5.	Nama Apoteker Penanggung Jawab lama			
6.	Nama Apoteker Penanggung Jawab baru			
7.	Surat Perjanjian Kerja Apoteker Penanggung Jawab yang baru dengan Direktur			
8.	Asli surat pernyataan kesediaan bekerja full time Apoteker baru sebagai Penanggung Jawab			
9.	Asli Surat Penugasan Apoteker baru sebagai Penanggung Jawab dari Industri			
10.	Asli Surat Pengunduran Diri Apoteker yang lama sebagai Penanggung Jawab			
11.	Asli Surat Pemberhentian Apoteker lama sebagai Penanggung Jawab dari Industri			
12.	Asli Berita Acara Penyerahan Tugas dari Apoteker lama ke Apoteker baru			
13.	Rekomendasi dari Dinkes Propinsi			
14.	Fotokopi Ijazah Apoteker baru			
15.	Fotokopi SIK/SP Apoteker baru			
16.	Izin Produksi atas nama Penanggung Jawab yang lama			
17.	NPWP			
18.	Susunan Direksi			

Jakarta,

Pelaksana

Nama :

NIP :