KEPALA BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN

NOMOR	:	HK.00.05.1.3459
TENTANG	:	PENGAWASAN

PEMASUKAN OBAT IMPOR

r	:								
ran	:								
.1			an						
la Ytł	1.								
cetak	an Negara 23		n						
			onan ur	ntuk mendapatka	nn Persetujua	n Pemasukar			
erus	ahaan								
. Na	Nama Perusahaan :								
	Alamat kantor – no.telp –fax :e-mail								
		– no.telp –fax :	•••••						
. No	mor Izin Usa	ha :							
. NF	PWP	:			••••				
	00								
. No	mor SIK	:	•••••						
bat 1	[mpor								
lo					No. Bets	Jumlah			
	Obat	Kekuatan/Ken	nasan	Edar					
Izin Cer	edar obat im	por alysis (COA) setia	-						
	a Ytha Badacetaka Pusana in Importana in Importana in Alae-ra Na	ran : l : Penga Obat la Yth. la Badan Pengawas cetakan Negara 23 la Pusat ma ini kami meny Impor dengan data erusahaan Nama Perusahaa Alamat kantor — e-mail Alamat gudang e-mail Nomor Izin Usa NPWP lenanggungjawab Nama Nomor SIK Obat Impor lo Nama Obat Obat Obat Octificate of Ana Octificate of Ana	Pengawasan Pemasuka Obat Impor a Yth. a Badan Pengawas Obat dan Makana cetakan Negara 23 a Pusat ma ini kami menyampaikan permoh Impor dengan data sebagai berikut: cerusahaan Nama Perusahaan Alamat kantor – no.telp –fax e-mail Alamat gudang – no.telp –fax e-mail Nomor Izin Usaha NPWP cenanggungjawab Nama Nomor SIK Dat Impor To Nama Bentuk sedia Obat Kekuatan/Ken Okumen yang harus dilengkapi Izin edar obat impor Certificate of Analysis (COA) setia	ran : l : Pengawasan Pemasukan Obat Impor a Yth. a Badan Pengawas Obat dan Makanan cetakan Negara 23 a Pusat ma ini kami menyampaikan permohonan ur Impor dengan data sebagai berikut: erusahaan Nama Perusahaan : e-mail Alamat kantor – no.telp –fax : e-mail Nomor Izin Usaha : NPWP : renanggungjawab Nama : Nomor SIK Deat Impor To Nama Bentuk sediaan/ Obat Kekuatan/Kemasan Dekumen yang harus dilengkapi	ran : l : Pengawasan Pemasukan	ran : l : Pengawasan Pemasukan			

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan Bapak, kami sampaikan terima kasih.

Pemohon

(<u>Nama Penanggung Jawab</u>) SIK

Tembusan Yth:

Kepala Balai Besar/Balai POM Setempat

d. Sertifikat Pelulusan Bets (khusus vaksin)