PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

Lampiran : 1 bendel

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)

Kesatu/Kedua/Ketiga \*) di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Kepada:

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bantul

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : …………………………………………………….

Tempat, tanggal lahir : …………………………………………………….

Alamat Rumah : …………………………………………………….

Telepon/HP : …………………………………………………….

E mail : …………………………………………………….

Nomor STRA : …………………………………………………….

Masa Berlaku STRA samapai : …………………………………………………….

Pendidikan terakhir : …………………………………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga \*) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik danIzin Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Peruahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik danIzin Tenaga Kefarmasian, pada:

Nama Fasilitas : ……………………………………………………

Alamat : ……………………………………………………

Waktu Praktik Hari : ……………………………………………………

Jam : ……………………………………………………

Sebagai pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Nomor Induk Kependudukan (NIK) yang masih berlaku;
2. surat pernyataan domisili bermaterai (bagi yang alamat KTP tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal);
3. STRA yang masih berlaku dan dilegalisir;
4. ijazah apoteker;
5. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
6. surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefaramasian;
7. surat persetujuan atasan langsung;
8. pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 (dalam format jpeg);
9. surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan;
10. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek;
11. SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua), SIPA Kesatu dan Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga).

Demikian permohonan ini disampaikan, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

……………, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, …..

Pemohon

………………………………………

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : ………………………………………………………

Tempat, tanggal lahir : ………………………………………………………

Alamat Rumah : ………………………………………………………

Telepon/HP : ………………………………………………………

E mail : ………………………………………………………

Nomor STRA : ………………………………………………………

Masa Berlaku STRA sampai : ………………………………………………………

Dengan ini menyatkan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Apoteker pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian : ………………………………………………………

Alamat : ………………………………………………………

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA

…………., ……………………….. …..

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

………………………………………..

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : ………………………………………………………

Jabatan : ………………………………………………………

Nama Fasilitas Kefarmasian : ………………………………………………………

Alamat Fasilitas Kefarmasian : ………………………………………………………

Telepon/HP (Whatsapp) : ………………………………………………………

E-mail : ………………………………………………………

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima:

Nama Lengkap : ………………………………………………………

Tempat, tanggal lahir : ………………………………………………………

Alamat Rumah : ………………………………………………………

Telepon/HP : ………………………………………………………

E mail : ………………………………………………………

Nomor STRA : ………………………………………………………

Masa Berlaku STRA sampai : ………………………………………………………

untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA

……………....., ………………. …..

Yang membuat keterangan,

………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN | | | |
|  | | | |
| Yang bertandatangan di bawah ini , | | |  |
| Nama Lengkap | : | ............................................................................... | |
| Jabatan | : | ............................................................................... | |
| Nama Instansi/Fasilitas | : | ............................................................................... | |
| Alamat Instansi/Fasilitas | : | ............................................................................... | |
| Telepon | : | ............................................................................... | |
| Dengan ini memberikan persetujuan kepada : | | |  |
| Nama Lengkap |  | : ............................................................................... | |
| Tempat, tanggal lahir |  | : ............................................................................... | |
| Alamat Rumah |  | : ............................................................................... | |
| Telepon |  | : ............................................................................... | |
| Nomor Handphone |  | : ............................................................................... | |
| E-mail |  | : ............................................................................... | |
| No. STRA |  | : ............................................................................... | |
| Masa berlaku STRA sampai | | : ............................................ | (tanggal/bulan/tahun) |
| untuk bekerja sebagai Apoteker pada : | | |  |
| Nama Fasilitas Kefarmasian | | : ............................................................................... | |
| Alamat |  | : ............................................................................... | |

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

………….., ……………………………...

…………………………………..

**SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………………………………………..…………..

NIK : ………………………………………………….………………

Jenis Kelamin : ………………………………………………………………….

Tempat tanggal lahir : ………………………………………………………………….

Alamat Rumah : ………………………………………………………………….

Alamat Email : ………………………………………………………………….

Nomor HP (WA) : ………………………………………………………………….

Nomor STR : ………………………………………………………………….

Dengan ini menyatakan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 / 2 / 3 di lokasi sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | ALAMAT PRAKTIK | HARI | JAM |
|  |  |  |  |

1. SIP yang sudah di miliki :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | Alamat Praktek | Surat Ijin Praktek | | | Hari / Jam |
| No / Tgl | Berlaku s/d | Pejabat |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Bahwa jam praktik tidak bersamaan waktu / jam praktik antar SIP (SIP 1/2/3)

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan apabila ada pernyataan yang tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan di kenakan sanksi sesuai dengan aturan yg berlaku.

Bantul,

Mengetahui

Kepala Fasyankes Pemohon

Meterai

………………………… ……..……….