

PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA)

Kesatu/Kedua/Ketiga*)

Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Ke p a d a :

Yth. Bupati Trenggalek

Melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Di -

TRENGGALEK

Dengan hormat ,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat / tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Telp / HP :

E-mail :

No. STRA :

Masa berlaku STRA : (tanggal/bulan/tahun)

Pendidikan terakhir :

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

Nama Fasilitas Kefarmasian :

Alamat :

Waktu Praktek :

Jam :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP)
2. Foto copy STRA dengan menunjukkan STRA asli
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kefarmasian
4. Surat Persetujuan atasan langsung
5. Photo berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 (tiga) lembar
6. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
7. Rekomendasi dari kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana
8. Foto copy SIPA kesatu (untuk pengajuan SIPA kedua dan ketiga)
9. Foto copy Serah Terima
10. Surat pernyataan kebenaran dokumen.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya di sampaikan terima kasih.

Trenggalek,

Hormat kami

Materai
Rp.6000

.....

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Instansi/Fasilitas :
Alamat Instansi/Fasilitas :
Telp / HP :
E-mail :
.....

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :
Tempat / tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telp / HP :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai : (tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

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

Trenggalek,

Hormat kami

Materai
Rp.6000

.....

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telp / HP :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai : (tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

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

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

Trenggalek,

Hormat kami



.....

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat/Tgl. Lahir :
Pekerjaan :
Alamat Rumah :
Alamat Kantor :
Nomor Telepon : Rumah/HP : Kantor :
Lokasi Usaha :

Dengan ini kami menyatakan bahwa :

1. Data kelengkapan perizinan yang diserahkan adalah benar.
2. Kami akan senantiasa patuh pada peraturan yang ada

Bilamana dikemudian hari terbukti bahwa pernyataan kami tidak benar, maka kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....
Yang membuat pernyataan

Materai 6000

ttd
.....