|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Kepada

Yth.Bupati Kotawaringin Barat

u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

di-

Pangkalan Bun

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)**

**Kesatu/Kedua/Ketiga\*)**

**Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian**

Dengan hormat,

Yang bertanda-tangan dibawah ini :

Nama lengkap : .................................................................................................

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

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

Telepon : .................................................................................................

Nomor Handphone : .................................................................................................

E-mail : .................................................................................................

No. STRA : .................................................................................................

Masa berlaku STRA sampai : .................................................................(tanggal/bulan/tahun)

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 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 Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : .......................................................................................................

Alamat : .......................................................................................................

Waktu Parktik\*\*) : Hari : .......................................................................................................

Jam : ...............................s.d...................................................................

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli;
2. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
3. Surat persetujuan atasan langsung;
4. Fotokopi Ijasah (Ijasah farmasi dan apoteker)
5. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
6. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 4 (empat) lembar;
7. Fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga);
8. Fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga);
9. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan
10. Surat Keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
11. Fotokopi KTP (bila alamat tempat tinggal sekarang berbeda dengan KTP lampirkan keterangan domisili dari kelurahan)
12. Fotokopi NPWP (bila ada)
13. Rangkap 2

Demikian permohonan ini kami sampaikan atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

......................., .....................................

Pemohon,

...........................................

(Nama Lengkap)

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Kalimantan Tengah di Palangka Raya

\*) : Diisi sesuai dengan permohonan

\*\*) : Jika praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari jam berapa sampai dengan jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari, sebutkan hari praktik dan waktu praktik

Formulir 4

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertanda-tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .........................................................................................

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

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

Telepon : .........................................................................................

Nomor Handphone : ...........................................................................................

E-mail : ...........................................................................................

No. STRA : ...........................................................................................

Masa berlaku STRA sampai :...............................................(tanggal/bulan/tahun)

Dengan ini menyatakan 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/ Materai 6000X2

(........................................................)

Nama Lengkap

Formulir 5

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/

FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI\*)

Yang bertanda-tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : ...........................................................................................

Jabatan : ..........................................................................................

Nama Fasilitas Kefarmasian : ..........................................................................................

Alamat Fasilitas Kefarmasian : .........................................................................................

Telepon : ..........................................................................................

Nomor Handphone : ...........................................................................................

E-mail : ...........................................................................................

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

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 di Fasilitas yang saya pimpin.

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

..............................., ........................................

Yang membuat keterangan,

Materai 10000/ Materai 6000X2

(........................................................)

Nama Lengkap

\*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan

Formulir 6

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan 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 : ..........................................................................................

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada

Nama Fasilitas Kefarmasian : .......................................................................................

Alamat : .........................................................................................

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

Pangkalan Bun, ...........................................

Materai 10000/ Materai 6000X2

(...........................................................)

Nama Lengkap