

Hal : permohonan Surat izin Praktik Apoteker (SIPA)
Kesatu/kedua/ketiga *) wajib dicoret salah satu
Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Yang Terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Manokwari
Di –
Manokwari

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tamat, tanggal lahir :
Alamat rumah :
Nomor Hp (Wajib diisi) :
E-mail (Wajib diisi) :
No. STRA :
Masa Berlaku STRA sampai :(Tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA), 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 889/enkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik : Hari :
Jam :s/d.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan rangkap 2 (dua)

1. Fotokopi STRA yang dilegalisasi oleh KFN dan menunjukkan STRA asli;
2. Foto kopi KTP Kabupaten Manokwari yang masih berlaku dan surat domisili bagi pemohon berKTP luar daerah Manokwari ;
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi, atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari distribusi/penyaluran ;
4. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Apoteker yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian;
5. Surat rekomendasi dari organisasi profesi ;
6. Surat Pernyataan keabsahan dan kebenaran dokumen;
7. Pas foto berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 1 lembar;
8. Fotokopi NPWP Apoteker dan pastikan **NPWP *Valid (INSTRUKSI KPK)**¹
9. Bagi permohonan SIPA kedua maka pemohon wajib melampirkan SIPA kesatu atau bagi permohonan SIPA ketiga maka pemohon wajib melampirkan SIPA kesatu dan kedua;
10. Surat Kuasa jika kepengurusan diwakilkan dan fotokopi KTP dari pihak yang diberi kuasa;
11. Foto kopi kartu anggota BPJS Ketenagakerjaan;
12. Fotokopi sertifikat BPJS ketenagakerjaan;
13. Fotokopi bukti pembayaran iuran bulanan terakhir atau bukti pembayaran bagi peserta baru;
14. Fotokopi kartu BPJS Kesehatan;
15. Map hijau.

Demikian, atas perhatian dan perkenanya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)
Nama Lengkap

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 SIPA.

Manokwari,.....

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

(.....)

Nama Lengkap

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 :(tanggal/bulan/tahun)

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :

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

Manokwari,.....

(.....)

Nama Lengkap

SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN DAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat :
Nama Apotek :
Jabatan : Penanggung jawab Apotek/Apoteker*

Menyatakan dengan sesungguhnya :

1. Segala data yang terdapat dalam dokumen permohonan ini adalah **Benar dan Sah**.
2. Apabila di kemudian hari ditemukan bahwa dokumen-dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenarnya dan apabila dikemudian hari ternyata data/informasi dan keterangan yang diberikan pada permohonan ini dan lampirannya tidak benar, maka kami menyatakan bersedia dibatalkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) yang telah kami miliki dan bersedia dituntut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan yang berlaku.

Manokwari ,

Pemohon,

materai
10000

(.....)