



Pengurus Pusat

IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat : Jl. Wijaya Kusuma No. 17 Tomang, Jakarta 14440 Telp. 021-56962581 Faks: 021-5671800

**SURAT KEPUTUSAN
PENGURUS PUSAT IKATAN APOTEKER INDONESIA**

Nomor : PO.001/PP.IAI/1418/V/2015

Tentang

**PERATURAN ORGANISASI
TENTANG
REGISTRASI ANGGOTA
IKATAN APOTEKER INDONESIA**

**DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA
PENGURUS PUSAT IKATAN APOTEKER INDONESIA**

- Menimbang : a. Bahwa dalam rangka memberikan pelayanan yang berkualitas bagi anggota dalam pelaksanaan registrasi keanggotaan telah dilakukan penyempurnaan Surat Keputusan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia No.001/PO/PP-IAI/V/2010 tentang Registrasi Anggota, dalam forum Rapat Kerja Nasional yang berlangsung tanggal 8-9 Mei 2015 di Bukittinggi.
- b. Bahwa sehubungan dengan butir a diatas perlu ditetapkan Keputusan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia tentang Peraturan Organisasi Tentang Registrasi Anggota.
- Mengingat : 1. Anggaran Dasar Ikatan Apoteker Indonesia
2. Anggaran Rumah Tangga Ikatan Apoteker Indonesia
- Memperhatikan : Hasil Rapat Kerja Nasional yang berlangsung tanggal 8-9 Mei 2015 di Bukittinggi .

Memutuskan

- Menetapkan : **Keputusan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia Nomor : PO.001/PP.IAI/1418/V/2015 tentang Peraturan Organisasi Tentang Registrasi Anggota.**

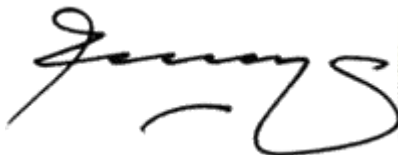
Pertama

- Pertama : Peraturan Organisasi tentang Registrasi Anggota secara lengkap sebagaimana tercantum dalam lampiran dan merupakan bagian tak terpisahkan dari keputusan ini.
- Kedua : Peraturan Organisasi tentang Registrasi Anggota ini merupakan pedoman dan aturan yang mengikat bagi seluruh Apoteker di Indonesia
- Ketiga : Dengan diberlakukannya keputusan ini maka Surat Keputusan Pengurus Pusat Ikatan Apoteker Indonesia No.001/PO/PP-IAI/V/2010 tentang Registrasi Anggota dinyatakan TIDAK BERLAKU.
- Keempat : Keputusan ini mulai berlaku tanggal **1 Agustus 2015** dan akan diperbaiki apabila terdapat kekeliruan.

Ditetapkan di : JAKARTA
Pada tanggal : 20 MEI 2015

**PENGURUS PUSAT
IKATAN APOTEKER INDONESIA**

Ketua Umum



Drs. Nurul Falah Eddy Pariang, Apt
NA. 23031961010827



Sekretaris Jenderal



Noffendri, S.Si., Apt
NA. 29111970010829

PERATURAN ORGANISASI TENTANG REGISTRASI ANGGOTA IKATAN APOTEKER INDONESIA

A. KETENTUAN UMUM

1. Setiap Apoteker berhak untuk menjadi Anggota Ikatan Apoteker Indonesia.
2. Keanggotaan Apoteker ditentukan berdasarkan daerah tempat praktik/kerja kefarmasian dilaksanakan.
3. Nomor keanggotaan Ikatan Apoteker Indonesia bersifat unik, tunggal, tetap dan nasional.
4. Registrasi Anggota ditujukan bagi :
 - a. Apoteker yang baru lulus pendidikan profesi apoteker
 - b. Apoteker yang belum terdaftar sebagai anggota
5. Proses Registrasi Anggota dapat dilakukan secara online.
6. Registrasi Anggota tidak berlaku bagi Apoteker yang sedang dalam proses pidana atau sedang terkena sanksi organisasi.

B. REGISTRASI ANGGOTA YANG BARU LULUS PENDIDIKAN PROFESI APOTEKER

1. Permohonan Keanggotaan ditujukan kepada Pengurus Pusat melalui Pengurus Daerah dimana Perguruan Tinggi Farmasi berada secara kolektif oleh Perguruan Tinggi Farmasi bersangkutan.
2. Permohonan Registrasi Anggota dilakukan dengan mengisi Formulir Permohonan Registrasi Anggota dengan melampirkan :
 - a. Fotokopi Ijazah Pendidikan Program Profesi Apoteker yang dilegalisir
 - b. Fotokopi Surat Sumpah Apoteker yang dilegalisir
 - c. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk
 - d. Pas Photo berwarna ukuran 2x3 sebanyak 3 lembar
 - e. Surat Pernyataan akan mematuhi Kode Etik & Disiplin Profesi Apoteker, Peraturan Organisasi serta Peraturan Perundang-undangan di Bidang Kefarmasian.
 - f. Bukti Pembayaran Uang Pangkal dan Iuran Tahunan Anggota sesuai ketentuan berlaku.
3. Pengurus Daerah mengajukan permintaan nomor keanggotaan kepada Pengurus Pusat menggunakan Formulir Permohonan Nomor Anggota **yang di isi secara lengkap** dan dikirimkan dalam bentuk *file soft copy*.

4. Pengurus Pusat mengembalikan Formulir Permohonan Nomor Anggota yang sudah berisikan Nomor Registrasi Anggota ke Pengurus Daerah dalam bentuk *file soft copy*.
5. Proses Permohonan Registrasi Anggota diselesaikan dalam waktu **paling lama 12 hari kerja** terhitung dari mulai berkas permohonan dinyatakan lengkap oleh Pengurus Daerah
6. Apabila dalam waktu **12 hari kerja** sejak dinyatakan lengkap belum diregistrasi oleh Daerah, maka yang bersangkutan dinyatakan telah teregistrasi.
7. Berkas permohonan yang tidak lengkap akan dikembalikan oleh Pengurus Daerah melalui Perguruan Tinggi Farmasi bersangkutan untuk dilengkapi.
8. Setiap Calon Anggota wajib mengikuti Pembinaan Organisasi yang dilakukan oleh Pengurus Daerah setempat sesuai Peraturan Organisasi tentang Pembinaan Organisasi.

C. REGISTRASI ANGGOTA YANG BELUM TERDAFTAR

1. Bagi Apoteker yang belum terdaftar sebagai anggota dapat mengajukan permohonan kepada Pengurus Pusat melalui Pengurus Cabang untuk diteruskan ke Pengurus Daerah sesuai tempat dilaksanakan pekerjaan/praktik kefarmasian.
2. Permohonan Registrasi Anggota dilakukan dengan mengisi Formulir Permohonan Registrasi Anggota dengan melampirkan :
 - a. Fotokopi Ijazah Pendidikan Program Profesi Apoteker yang dilegalisir
 - b. Fotokopi Surat Sumpah Apoteker yang dilegalisir
 - c. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk
 - d. Pas Photo berwarna ukuran 2x3 sebanyak 3 lembar
 - e. Surat Pernyataan akan mematuhi Kode Etik & Disiplin Profesi Apoteker, Peraturan Organisasi serta Peraturan Perundang-undangan di Bidang Kefarmasian.
 - f. Bukti Pembayaran Uang Pangkal dan Iuran Tahunan Anggota sesuai ketentuan berlaku.
3. Pengurus Daerah mengajukan permintaan nomor keanggotaan kepada Pengurus Pusat menggunakan Formulir Permohonan Nomor Anggota **yang di isi secara lengkap** dan dikirimkan dalam bentuk *file soft copy*.
4. Pengurus Pusat mengembalikan Formulir Permohonan Nomor Anggota yang sudah berisikan Nomor Registrasi Anggota ke Pengurus Daerah dalam bentuk *file soft copy*.
5. Proses Permohonan Registrasi Anggota diselesaikan dalam waktu **paling lama 12 hari kerja** terhitung dari mulai berkas permohonan dinyatakan lengkap oleh Pengurus Daerah.
6. Apabila dalam waktu **12 hari kerja** sejak dinyatakan lengkap belum diregistrasi oleh Daerah, maka yang bersangkutan dinyatakan telah teregistrasi.

7. Berkas permohonan yang tidak lengkap akan dikembalikan oleh Pengurus Daerah ke anggota bersangkutan melalui Pengurus Cabang setempat untuk dilengkapi.

D. SURAT KETERANGAN KEANGGOTAAN (SKK)

1. SKK diberikan kepada anggota yang telah melakukan pendaftaran menjadi anggota.
2. SKK diberikan setelah permohonan dinyatakan lengkap oleh Pengurus Daerah
3. SKK tersebut dipergunakan untuk mengambil KTA.

Ditetapkan di : JAKARTA
Pada tanggal : 20 MEI 2015

**PENGURUS PUSAT
IKATAN APOTEKER INDONESIA**

Ketua Umum



Drs. Nurul Falah Eddy Pariang, Apt.
NA. 23031961010827



Sekretaris Jenderal



Noffendri, S.Si., Apt.
NA. 29111970010829



FORMULIR REGISTRASI KEANGGOTAAN IKATAN APOTEKER INDONESIA

Kepada Yth.
Ketua Umum PP IAI
cq. Ketua PD IAI

(isi dengan huruf kapital)

Bersama ini saya mengajukan permohonan untuk menjadi anggota Ikatan Apoteker Indonesia dengan data sebagai berikut :

Nama Lengkap																														
Gelar																														
Tempat, Tgl lahir																					[] - [] - []									
Nomor KTP											<i>(Tanggal-Bulan-Tahun)</i>																			
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	Agama																											
Alamat <i>(sesuai KTP)</i>																														
Desa/Kelurahan																														
Kecamatan																														
Kab/Kota																														
Provinsi																														
Handphone																														
Email																														
Asal PTF																														
Tahun Lulus	[] [] []	No. Ijazah Profesi																												
Tempat Praktik/ Kerja/ Dinas	1. Nama																													
	Alamat																													
	Jabatan	<input type="checkbox"/> Apoteker	<input type="checkbox"/> Apoteker Penanggung Jawab	<input type="checkbox"/> Apoteker Pendamping	<input type="checkbox"/> Lainnya																									
2. Nama																														
	Alamat																													
	Jabatan	<input type="checkbox"/> Apoteker	<input type="checkbox"/> Apoteker Penanggung Jawab	<input type="checkbox"/> Apoteker Pendamping	<input type="checkbox"/> Lainnya																									
3. Nama																														
	Alamat																													
	Jabatan	<input type="checkbox"/> Apoteker	<input type="checkbox"/> Apoteker Penanggung Jawab	<input type="checkbox"/> Apoteker Pendamping	<input type="checkbox"/> Lainnya																									

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir:

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku
2. Fotokopi Ijazah Pendidikan Program Profesi Apoteker yang dilegalisir
3. Fotokopi Surat Sumpah Apoteker yang dilegalisir
4. Pas Photo berwarna ukuran 2x3 sebanyak 3 lembar
5. Surat Pernyataan mematuhi Kode Etik & Disiplin Profesi Apoteker, Peraturan Organisasi serta Peraturan Perundang-undangan di Bidang Kefarmasian.
6. Bukti Pembayaran Uang Pangkal dan Iuran Tahunan Anggota sesuai ketentuan berlaku.

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

.....
(nama kota/kab , tanggal)
Pemohon,

.....



**TANDA TERIMA BERKAS
FORMULIR REGISTRASI KEANGGOTAAN
IKATAN APOTEKER INDONESIA**

(di isi oleh petugas)

Telah diterima berkas permohonan registrasi keanggotaan atas nama
dengan lampiran sebagai berikut :

	Ada	Tidak ada
1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fotokopi Ijazah Pendidikan Program Profesi Apoteker yang dilegalisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fotokopi Surat Sumpah Apoteker yang dilegalisir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Pas Photo berwarna ukuran 2x3 sebanyak 3 lembar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Surat Pernyataan mematuhi Kode Etik & Disiplin Profesi Apoteker, Peraturan Organisasi serta Peraturan Perundang-undangan di Bidang Kefarmasian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bukti Pembayaran Uang Pangkal dan Iuran Tahunan Anggota sesuai ketentuan berlaku.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

Petugas,

.....

Berkas Lengkap Belum lengkap

Catatan :
.....
.....

lembar kedua untuk pendaftar

Contoh

**SURAT PERNYATAAN
MEMATUHI KODE ETIK DAN PEDOMAN DISIPLIN APOTEKER**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini;

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :
.....
.....

Dengan ini menyatakan:

1. Saya telah mempelajari dan memahami Kode Etik Dan Pedoman Disiplin Apoteker Indonesia.
2. Saya akan mematuhi dan melaksanakan Kode Etik Dan Pedoman Disiplin Apoteker Indonesia dengan baik dan benar, dalam rangka menjaga dan memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dimanapun saya melaksanakan praktik profesi saya.
3. Pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari siapapun.

Demikianlah pernyataan ini saya buat untuk saya laksanakan dengan sepenuh hati.

.....,
Kota tempat membuat pernyataan, tanggal-bulan-tahun.
Yang membuat pernyataan,

MATERAI Rp.6.000

.....

CONTOH SURAT KETERANGAN KEANGGOTAAN

KOP SURAT PENGURUS DAERAH

SURAT KETERANGAN KEANGGOTAAN

Nomor : Ket-000/PD IAI>Nama Propinsi/ bulan/tahun
(**Contoh** : Nomor : Ket-007/PD IAI/Sulawesi Utara/V/2015)

Ikatan Apoteker Indonesia Pengurus Daerah,
dengan ini menerangkan bahwa :

Nama :

No.Anggota : (dari PP IAI)

Tempat/Tgl.lahir :

Alamat :

.....

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Telah terdaftar sebagai anggota Ikatan Apoteker Indonesia.

Demikianlah surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya dan harap diserahkan kembali saat pengambilan Kartu Tanda Anggota.

.....,

IKATAN APOTEKER INDONESIA
PENGURUS DAERAH

Ketua,

Sekretaris,

.....
NA.

.....
NA.

Catt : NA = Nomor Anggota

Lampiran. PO.001/PP.IAI/1418/N/2015 tentang Peraturan Organisasi Tentang Registrasi Anggota.

**FORMULIR PERMOHONAN NOMOR KEANGGOTAAN
IKATAN APOTEKER INDONESIA**

Pemohon : Pengurus Daerah

No.	No.Keanggotaan (di isi oleh PP IAI)	Nama Lengkap	Gelar	Tempat lahir	Tgl lahir	Nomor KTP	Jenis Kelamin	Agama
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								

dst

Alamat Lengkap (sesuai KTP)	Desa/Kelurahan	Kecamatan	Kab/Kota	Provinsi	Handphone	Email	Asal PTF

Tahun Lulus	No. Ijazah	Tempat Praktik/Kerja (1)			Tempat Praktik/Kerja (2)		
		Nama	Alamat	Sebagai	Nama	Alamat	Sebagai

Tempat Praktik/Kerja (3)		
Nama	Alamat	Sebagai

.....
Ketua PD IAI

.....