

**Hal : Permohonan Surat Izin Apotek (SIA)**

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

Dengan Hormat,  
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
No KTP : .....  
Alamat rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone (Wajib diisi) : .....  
Alamat Email (Wajib diisi) : .....  
NPWP : .....  
No. STRA : .....  
Masa Berlaku STRA sampai : .....(Tanggal/bulan/tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek (SIA) pada :

Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....  
Telepon : .....  
Desa/Kelurahan : .....  
Kecamatan : .....  
Kabupaten : .....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkanrangkap dua :

1. Administrasi
  - a. Surat permohonan dari pelaku usaha Apoteker (untuk perseorangan) atau pimpinan PT/Yayasan/Koperasi (untuk non perseorangan)
  - b. Surat perjanjian kerjasama dengan Apoteker yang disahkan oleh notaris (untuk pelaku usaha Apotek nonperseorangan)
  - c. Dokumen SPPL
  - d. Seluruh dokumen yang mengalami perubahan (untuk permohonan perubahan izin)
  - e. Dokumen Izin Apotek yang berlaku (untuk perpanjangan Izin)
  - f. *Self assessment* penyelenggaraan Apotek melalui Aplikasi SIMONA ([simona.kemkes.go.id](http://simona.kemkes.go.id)) (untuk perpanjangan dan perubahan Izin)
  - g. Pelaporan terakhir (untuk perpanjangan dan perubahan Izin)
  - h. Surat pernyataan komitmen untuk melaksanakan registrasi apotek di aplikasi SIPNAP ([sipnap.kemkes.go.id](http://sipnap.kemkes.go.id))
  - i. Bukti Pembayaran Pendapatan Anggaran Daerah (PAD)
    - 1) Pajak Bumi dan Bangunan (PBB)
    - 2) Pajak Reklame
2. Lokasi
  - a. Informasi geotag Apotek
  - b. nformasi terkait lokasi apotek (misalnya di pusat perbelanjaan, apartemen, perumahan).
  - c. Informasi bahwa Apotek tidak berada di dalam lingkungan Rumah Sakit.
3. Bangunan  
Denah bangunan yang menginformasikan pembagian ruang dan ukuran ruang apotek (ditanda tangani Apoteker Penanggung jawab dan distempel)

4. Sarana, prasarana dan peralatan
  - a. Data sarana, prasarana dan peralatan.
  - b. Foto Papan nama Apotek dan posisi pemasangannya.
  - c. Foto Papan nama praktik Apoteker dan posisi pemasangannya.  
(ditanda tangani Apoteker Penanggung jawab dan distempel)
5. SDM
  - a. Struktur Organisasi SDM yang ditetapkan oleh penanggung jawab Apotek, memuat paling sedikit terdiri dari :
    - 1) informasi tentang SDM Apotek, meliputi :
      - a) Apoteker penanggung jawab.
      - b) Direktur( untuk pelaku usaha non perseorangan)
      - c) Apoteker lain dan/atau TTK, asisiten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administaraasi jika ada.
    - 2) Tugas pokok dan fungsi masing SDM Apotek.
  - b. Data Apoteker penanggung jawab WNI (KTP, STRA, dan SIPA)
  - c. Informasi paling sedikit 2 (dua) orang Apoteker untuk Apotek yang membuka layanan 24 jam
  - d. Surat Izin Praktik untuk seluruh Apoteker dan/atau TTK yang bekerja di Apotek
6. Bukti daftar NIB melalui OSS.go.id.
7. NPWPD VALID (tidak ada tunggakan pajak daerah yaitu pajak PBB dan Pajak Reklame) 2 rangkap
8. NPWP perseorangan jika pelaku usaha perseorangan, NPWP Badan Hukum jika pelaku Usaha nonperseorangan dan pastikan **NPWP \*Valid (INSTRUKSI KPK)**
9. Surat pernyataan tidak mengubah denah ruangan
10. Surat pernyataan keabsahan dan kebenaran dokumen
11. Surat Kuasa jika kepengurusan diwakilkan beserta fotokopi KTP pihak yang dikuasakan.
12. Kartu anggota BPJS Ketenagakerjaan
13. Sertifikat BPJS ketenagakerjaan.
14. Bukti pembayaran iuran bulanan terakhir atau bukti pembayaran bagi peserta baru.
15. Map kuning

Demikian, atas perhatian dan berkenannya kami ucapkan terima kasih.

**NB : Persyaratan ini mengacu pada Permenkes Nomor : 14 Tahun 2021**

Manokwari,.....

Pemohon,

(.....)

**SURAT PERNYATAAN  
KOMITMEN UNTUK MELAKSANAKAN REGISTRASI APOTEK DI  
APLIKASI SIPNAP**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap :.....

Jabatan :.....

Nama Apotek :.....

Alamat Apotek :.....

Menyatakan bahwa saya berkomitmen untuk melakukan registrasi Apotek di Aplikasi SIPNAP (sipnap.kemkes.go.id).

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan seperlunya.

Manokwari,.....

Apoteker

Materai 10000

(.....)

Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN TIDAK MENGUBAH DENAH RUANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :.....  
Umur :.....  
Pekerjaan :.....  
Agama :.....  
Alamat :.....

Selaku Pemilik Sarana Apotek (PSA)

Dengan ini menyatakan bahwa kami selaku pemilik sarana apotik akan mematuhi segala bentuk aturan yang telah ditentukan oleh tim survey dan tidak mengubah denah apotik sesuai dengan aturan yang berlaku. Apabila dikemudian hari terjadi pelanggaran maka izin Apotek bersedia dicabut oleh DPMPTSP.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya tanpa unsur paksaan dari pihak manapun. Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Manokwari,.....

Pemilik Sarana Apotik

Materai 10000

(.....)

Nama Lengkap

## SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN DAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
Nama Tempat Praktik : .....  
Alamat Tempat Praktik : .....

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 izin dan lampirannya yang kami serahkan ke DPMPTSP Manokwari tidak sesuai peraturan, maka kami menyatakan bersedia dibatalkan Surat Izin yang telah kami miliki dan bersedia dituntut sesuai dengan ketentuan peraturan perundang- undangan yang berlaku.

Manokwari , .....

**Pemohon,**

materai  
10000

( ..... )