|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | | Sidoarjo,…………………… |
| Nomor : |  | Kepada |
| Lampiran | : | Yth. Kepala Dinas Kesehatan |
| Perihal | : **Permohonan Sertifikat Standar**  **Apotek** | Kabupaten Sidoarjo  di |

SIDOARJO

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap Apoteker :

NIK :

Alamat KTP :

Alamat Domisili :

Nomor Hp :

Nomor NPWP Apoteker :

Nomor STRA :

Masa Berlaku STRA :

Nomor SIPA :

Masa Berlaku SIPA :

Dengan ini mengajukan Permohonan Sertifikat Standar Apotek, pada :

Nama Apotek :

Alamat Apotek :

Telepon/No. HP :

Desa/Kelurahan :

Kecamatan :

**Pemilik Sarana Apotek (PSA)** Nama :

Nomor NPWP Apotek :

Alamat :

No. Hp :

Pekerjaan :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. **ADMINISTRASI**
2. Fotokopi NPWP Apotek
3. Asli Surat Izin Atasan bagi Pegawai Negeri, Anggota TNI/POLRI dan Pegawai Pemerintah lainnya
4. Akte Perjanjian Kerja Sama Apoteker Pengelola Apotek dengan Pemilik Sarana Apotek (Badan Hukum Apotek)
5. Akte Badan Hukum Apotek (PT/PT Perorangan/Koperasi/Yayasan) bagi apotek dengan pemilik nonperseorangan (Apoteker Penanggungjawab bukan sebagai Pemilik Sarana Apotek)
6. Dokumen SPPL
7. Laporan Pengalihan tanggungjawab pelayanan kefarmasian **(untuk Pergantian Apoteker)**
8. SIA Asli **(untuk Perpanjangan SIA)**
9. Surat Pernyataan komitmen untuk melaksanakan registrasi Apotek melalui Aplikasi SIMONA (simona.kemkes.go.id) **(untuk Apotek Baru)**
10. Bukti hasil self-assessment penyelenggaraan apotek melalui aplikasi SIMONA (simona.kemkes.go.id) **(untuk Perpanjangan dan Perubahan Izin)**
11. Bukti Pelaporan SIPNAP 2 bulan terakhir **(untuk Perpanjangan dan Perubahan Izin)**
12. Surat Pernyataan komitmen untuk melaksanakan registrasi apotek di aplikasi SIPNAP (sipnap.kemkes.go.id) **(untuk Apotek Baru)**
13. Hasil Pemeriksaan Sarana Lengkap dengan kesimpulan hasil memenuhi Syarat **(setelah berkas masuk)**
14. **LOKASI**
15. Informasi geotag Apotek berupa screenshot maps lokasi apotek (titik Koordinat)
16. Informasi terkait Lokasi Apotek berupa foto (tampak depan dan masing-masing ruangan)
17. Izin Lokasi atau P2R Apotek
18. Surat Keterangan dari Kepala Puskesmas Setempat yang menyatakan bahwa apotek berada di wilayah puskesmas tersebut **(untuk Apotek baru)**
19. **BANGUNAN**
20. Fotokopi IMB Usaha Apotek
21. Denah/layout apotek dilengkapi dengan ukuran
22. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte / hak milik / kontrak (jelas)
23. **SARANA, PRASARANA, DAN PERALATAN**
24. Data sarana, prasarana, dan peralatan di Apotek
25. Foto Papan Nama Apotek dan posisi pemasangannya
26. Foto papan Nama Praktik Apoteker dan posisi pemasangannya
27. **SDM APOTEK**
28. Struktur Organisasi SDM Apotek yang ditetapkan oleh Penanggungjawab Apotek, memuat paling sedikit terdiri dari :
29. Apoteker Penanggungjawab
30. Direktur (untuk Pelaku Non Perseorangan)
31. Apoteker lain dan/atau TTK, asisten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administrasi **(jika ada)**
32. Fotokopi STRA Apoteker Penangggungjawab
33. Fotokopi KTP Apoteker (dan Surat keterangan Domisili dari Kelurahan/ desa terbaru apabila alamat domisili berbeda dengan alamat KTP)
34. Daftar nama tenaga kefarmasian **(Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian miniman D3 Farmasi)**
35. Tenaga Kefarmasian selain APA min. 2 orang untuk apotek hari kerja Senin- Sabtu
36. Tenaga Kefarmasian selain APA min. 3 Orang untuk Apotek hari kerja Senin-Minggu
37. Apotek 24 Jam harus ada dua Apoteker (Apoteker Penanggungjawab dan Apoteker Pendamping) dan dibantu oleh Tenaga Kefarmasian min. 3 Orang)
38. Fotokopi SIPA dan SIPTTK seluruh Tenaga Kefarmasian
39. Rekomendasi dari Organisasi Profesi IAI terbaru

Seluruh berkas dikirim ke email [sidoarjofarmasi@gmail.com](mailto:sidoarjofarmasi@gmail.com) dengan format pdf gabungan satu file

**(Rekomendasi terbit dalam 20 hari kerja jika seluruh persyaratan terpenuhi)**

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon ( )