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

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

**Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian (APOTEK, RS, KLINIK)**

Yang terhormat,

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo

Di Sidoarjo

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

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

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

Alamat Domisili : ……………………………………………………………………

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/Menskes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah di ubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menskes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada:

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

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

Sebagai :…………………………………………………………………….

Waktu Praktik\*\*) : Hari : ....................

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. **Fotokopi STRA Legalisir asli KFN** dengan menunjukkan STRA asli;
2. surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat ketereangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
3. surat persetujuan atasan langsung;
4. surat rekomendasi dari organisasi profesi terbaru;
5. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
6. Fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
7. Fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga).
8. Fotokopi KTP dan Surat keterangan domisili dari kelurahan/desa apabila tempat tinggal berbeda dengan KTP
9. SIPA Asli (Untuk Perpanjangan SIPA)
10. Surat Pernyataan bermaterai bersama PSA, bahwa tidak menjual/melayani resep dan obat keras apabila tidak ada apoteker yang bertugas
11. Untuk SIPA IF KLINIK (melampirkan SIPTTK dari AA)
12. Foto copy Surat Persetujuan Ijin Operasional Fasilitas Pelayanan Kesehatan / Sertifikat standart fasilitas pelayanan kesehatan
13. Surat Keterangan Domisili yang dikeluarkan oleh kelurahan/desa bagi KTP diluar Sidoarjo, Surabaya, Pasuruan, dan Gresik

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

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

Nama Lengkap

\*) : 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

KOP SURAT ( Diketik Ulang)

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertandatangan di bawah ini,

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

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

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

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

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

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

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

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

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasiaan : .....................................................................................

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

Demikian Surat pernyataan ini di buat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Nama Kota, tanggal bulan tahun

Yang membuat Pernyataan,

Materai 10rb

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

Nama Lengkap

KOP SURAT ( Diketik Ulang)

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARAMASIAN/ FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI\*)

Yang bertandatangan dibawah 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.

Nama Kota, tanggal bulan tahun

Yang membuat keterangan,

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

Nama Lengkap

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan 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.

Nama Kota, tanggal bulan tahun

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

Nama Lengkap