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

SIDOARJO

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama TTK (Penanggungjawab) :

NIK :

Alamat KTP :

Alamat Domisili :

Nomor Hp :

Nomor STRTTK :

Masa Berlaku STRTTK :

Nomor SIPTTK :

Masa Berlaku SIPTTK :

Dengan ini mengajukan Permohonan Sertifikat Standar Toko Obat, pada :

Nama Toko Obat :

Alamat Toko Obat :

Telepon :

Desa/Kelurahan :

Kecamatan :

**Pemilik Sarana Toko Obat**

Nama :

Nomor NPWP Toko Obat :

Alamat :

No. Hp :

Pekerjaan :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. **ADMINISTRASI**
2. Surat Perjanjian Kerjasama Tenaga Teknis Kefarmasian (TTK) Penanggungjawab Toko Obat dengan Pemilik Sarana Toko Obat untuk pelaku usaha nonperseorangan **(sesuai format terlampir)**
3. Akte Badan Hukum Toko Obat (PT/PT Perorangan/Koperasi/Yayasan) bagi Toko Obat dengan pemilik nonperseorangan **(Tenaga Teknis Kefarmasian Penanggungjawab bukan sebagai Pemilik Sarana Toko Obat)**
4. Dokumen SPPL
5. Surat Izin Toko Obat Asli **(untuk Perpanjangan Surat Izin Toko Obat)**
6. Surat Pernyataan komitmen untuk melaksanakan registrasi Toko Obat melalui Aplikasi SIMONA (simona.kemkes.go.id) **(untuk Toko Obat Baru)**
7. Bukti hasil self-assessment penyelenggaraan Toko Obat melalui aplikasi SIMONA (simona.kemkes.go.id) **(untuk Perpanjangan dan Perubahan Izin)**
8. Surat Pernyataan Kesediaan hanya menjual obat bebas dan obat bebas terbatas dengan kemasan aslinya yang ditandatangani oleh Tenaga Teknis Kefarmasian Penanggungjawab dan Pemilik Sarana Toko Obat **(sesuai format terlampir)**
9. Hasil Pemeriksaan Sarana Lengkap dengan kesimpulan hasil memenuhi Syarat **(setelah berkas masuk)**
10. **LOKASI**
11. Informasi geotag Toko Obat berupa screenshot maps lokasi Toko Obat (titik Koordinat)
12. Informasi terkait Lokasi Toko Obat berupa foto (tampak depan dan masing-masing ruangan)
13. Izin Lokasi atau P2R Toko Obat
14. Surat Keterangan dari Kepala Puskesmas Setempat yang menyatakan bahwa Toko Obat berada di wilayah puskesmas tersebut **(untuk Toko Obat baru)**
15. **BANGUNAN**
16. Fotokopi IMB Usaha Toko Obat
17. Denah/layout Toko Obat dilengkapi dengan ukuran
18. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte / hak milik / kontrak (jelas)
19. **SARANA, PRASARANA, DAN PERALATAN**
20. Data sarana, prasarana, dan peralatan di Toko Obat
21. Foto Papan Nama Toko Obat dan posisi pemasangannya
22. **SDM TOKO OBAT**
23. Struktur Organisasi SDM Toko Obat yang ditetapkan oleh Penanggungjawab Toko Obat, memuat paling sedikit terdiri dari :
24. Tenaga Teknis Kefarmasian Penanggungjawab
25. Direktur (untuk Pelaku Non Perseorangan)
26. Tenaga Teknis Kefarmasian lainnya lain dantenaga administrasi **(jika ada)**
27. Fotokopi STR Tenaga Teknis Kefarmasian Penangggungjawab
28. Fotokopi KTP Tenaga Teknis Kefarmasian Penanggungjawab (dan Surat keterangan Domisili dari Kelurahan/ desa terbaru apabila alamat domisili berbeda dengan alamat KTP)
29. Daftar nama tenaga teknis kefarmasian **(Tenaga Teknis Kefarmasian miniman D3 Farmasi)**
30. Tenaga Teknis Kefarmasian selain Penanggungjawab min. 2 orang untuk Toko Obat hari kerja Senin- Sabtu
31. Tenaga Teknis Kefarmasian selain Penanggungjawab min. 3 Orang untuk Toko Obat hari kerja Senin-Minggu
32. Toko Obat 24 Jam (Tenaga Teknis Kefarmasian selain Penanggungjawab min. 4 Orang)
33. Fotokopi SIPTTK seluruh Tenaga Teknis Kefarmasian

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 ( )

# SURAT PERJANJIAN KERJASAMA

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama : ...................................................................................................

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

S**elanjutnya sebagai pihak ke-I (Pemilik Toko Obat)**

1. Nama : .................................................................................................

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

**Selanjutnya sebagai pihak ke II (TTK Penanggungjawab Toko Obat)**

Antara pihak I dan pihak II telah mengadakan perjanjian dan kesepakatan bersama dengan syarat-syarat dan ketentuan sebagai berikut :

1. Kedua belah pihak berjanji dan mengikat diri untuk mematuhi ketentuan-ketentuan dan persyaratan-persyaratan mengenai perizinan toko obat sebagaimana terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 14 Tahun 2021 tentang Standar Kegiatan Usaha dan Produk Pada Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Risiko Sektor Kesehatan.
2. Pihak II sanggup menjadi penanggung jawab pada :
   1. Nama Toko Obat : ...............................................................................................................
3. Alamat : ………………………............................................................................................
4. Dalam melaksanakan tanggung jawab dan kewajiban selaku TTK penanggung jawab dan untuk itu TTK yang bersangkutan menerima dengan baik.
5. Perjanjian kerjasama ini berlaku sejak tanggal diberikan surat izin penyelenggaraan Toko Obat oleh Dinas Kesehatan Kabupaten Sidoarjo dan akan berakhir jika :
   1. Dengan meninggal dan atau dilikuidasinya salah satu pihak
   2. Bilamana surat izin Praktik TTK dicabut oleh yang berwenang
   3. Bila TTK tidak bekerja lagi sebagai penanggung jawab Toko Obat baik atas keinginan sendiri maupun atas keinginan pemilik
6. Bilamana terdapat hal-hal yang kurang atau tidak cukup yang diatur dalam perjanjian ini, maka kedua belah pihak sepakat akan dibuat perjanjian tambahan yang merupakan kesatuan yang tidak terpisah dalam perjanjian ini.

Demikian surat perjanjian ini dibuat dengan persetujuan kedua beah pihak untuk dipergunakan sebagaimana perlunya.

Sidoarjo,............................

PIHAK KE II PIHAK KE I

Materai 6000

........................................ .............................................

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ………………………………………………………………

Pemilik Toko Obat : ………………………………………………………………

Alamat : ………………………………………………………………

Nama : ………………………………………………………………

Penanggung Jawab Toko Obat (TTK) : ………………………………………………………………

Alamat : ………………………………………………………………

Dengan ini menyatakan bahwa kami Yayasan/Koperasi/PT/PT Perorangan ....................................................untuk dan atas nama Toko Obat ..................................... besedia dan sanggup mentaati peraturan perundang-undangan dan hanya menjual obat bebas dan obat bebas terbatas dengan kemasan aslinya.

Demkian surat pernyataan ini kami buat tanpa paksaan dari pihak manapun

Sidoarjo,...................................

Yang membuat pernyataan,

Tenaga Teknis Kefarmasian Pemilik Toko Obat

Penanggung Jawab

Materai

10.000

( ……..………………...........…..… ) ( …..…………………..… )