|  |  |
| --- | --- |
|  | **PEMERINTAH KOTA KOTAMOBAGU****DINAS PENANANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**Jalan D. I. Panjaitan No. 375, Telp/Fax. (0434) 22810email : dpmptsp@kotamobagukota.go.id, website : <https://dpmptsp.kotamobagukota.go.id> |
| FORMULIR PERMOHONANSURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)DI FASILITAS PELAYANAN | No. Dokumen : FM-32-06Revisi : 00Tgl Terbit : 03-01-2018Halaman : - |
| Nomor : Sifat :Lampiran : 1 (satu) berkasPerihal : Permohonan Baru / Perubahan / Perpanjangan Praktik Kesatu / Kedua / Ketiga \*) | Kepada Yth.**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA KOTAMOBAGU**di –  Kotamobagu |
|  |  |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, Tangal Lahir | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | ………………………………………………………………………………………… |
|  | ………………………………………………………………………………………… |
| Telepon | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Email | : | ………………………………………………………………………………………… |
| 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/Menkes/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/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, pada :

Nama fasilitas Kefarmasian : …………………………………………………………………………………………..

Alamat : ……………………………………………………………………………………….….

Waktu Praktik\*\*) : Hari …………… s/d ………………. Jam …………...… s/d ………….……..

 Hari …………… s/d ………………. Jam ………...…… s/d ………….……..

 Hari …………… s/d ………………. Jam …………...… s/d ………….……..

 Hari …………… s/d ………………. Jam ……………... s/d ……….………..

 Hari …………… s/d ………………. Jam ……………… s/d ……….………..

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy KTP.
2. Fotocopy STRA dengan menunjukkan STRA asli;
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
4. Surat persetujuan dari atasan langsung;
5. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
6. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.
7. Fotocopy SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
8. Fotocopy SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga)
9. Surat rekomendasi Dinas Kesehatan.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

 Pemohon,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Coret yang tidak perlu\****

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, Tangal Lahir | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | ………………………………………………………………………………………… |
|  | ………………………………………………………………………………………… |
| Telepon | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Email | : | ………………………………………………………………………………………… |
| No. STRA | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Masa berlaku STRA sampai | : | ………………………………………………………………………………………… |

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

Nama fasilitas Kefarmasian : …………………………………………………………………………………….….

Alamat : …………………………………………………………………………………….….

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA di fasilitas pelayanan kefarmasian.

Kotamobagu, ………………………………….. 20….

Yang membuat pernyataan,

………………………………..

Materai

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Jabatan  | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nama Fasilitas Kefarmasian | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Fasilitas Kefarmasian | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Telepon | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Email | : | ………………………………………………………………………………………… |

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, tanggal lahir  | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Telepon | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Email | : | ………………………………………………………………………………………… |
| No. STRA | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Masa berlaku STRA sampai | : | ………………………………………………………………………………………… |

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA di fasilitas pelayanan kefarmasian.

Kotamobagu, ………………………………….. 20….

Yang membuat keterangan,

………………………………..

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Jabatan  | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nama Fasilitas Kefarmasian | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Fasilitas Kefarmasian | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Telepon | : | ………………………………………………………………………………………… |

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ……………………………………………………………………………...………… |
| Tempat, tanggal lahir  | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Alamat Rumah | : | ………………………………………………………………………………………… |
|  | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Telepon | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Nomor Handphone | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Email | : | ………………………………………………………………………………………… |
| No. STRA | : | ………………………………………………………………………………………… |
| Masa berlaku STRA sampai | : | ………………………………………………………………………………………… |

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

Nama fasilitas Kefarmasian : …………………………………………………………………………………….…..

Alamat : ………………………………………………………………………………………...

 ………………………………………………………………………………………...

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA di fasilitas kefarmasian.

Kotamobagu, ………………………………….. 20….

………………………………..