

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)
Di Fasilitas Distribusi/Penyaluran

Yang terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal
Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
di
SLEMAN

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Nomor Handphone :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai (tanggal/bulan/tahun)
SIP Ke : 1 / 2 / 3 (lingkari salah satu)
Jenis Permohonan : Baru / Perpanjangan (lingkari salah satu)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) di Fasilitas Distribusi/Penyaluran sesuai dengan Undang Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan dan Peraturan Bupati Nomor 41 Tahun 2021 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Praktik Sebagai : Apoteker Praktik / Apoteker Penanggungjawab

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- KTP Elektronik;
- STR;
- Surat keterangan tempat praktek dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan atau dari pemilik untuk yang praktek mandiri;
- Surat izin fasyankes (apabila sudah ada);
- Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4x6 (empat kali enam) cm sebanyak 3 (tiga) lembar;
- Melampirkan SIPA ke-1 (jika permohonan SIPA ke-2), Melampirkan SIPA ke-1 dan ke-2 (jika permohonan SIPA ke-3)
- Bukti pemenuhan kecukupan SKP (Apabila perpanjangan)
- Surat Pernyataan Kecukupan SKP (Apabila Perpanjangan); dan
- Pendaftaran di perizinan.slemankab.go.id, Semua syarat diupload pdf sesuai aslinya (bukan foto hp, tidak diperkecil/diperbesar)**

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Ttd pemohon
(.....)
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

tttd

(.....)

Nama Lengkap

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/
FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI*)

Yang bertandatangan di bawah 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.

.....
Yang membuat keterangan,

(.....)
Nama Lengkap

*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan

KOP INSTANSI/FASYANKES

SURAT KETERANGAN

Nomor :

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan :

Instansi :

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama :

Tempat, tanggal Lahir :

Alamat Rumah :

Nomor STR :

Nama Faskes :

Alamat Faskes :

Praktik Sebagai : Apoteker Praktik / Apoteker Penanggungjawab

1. Adalah benar sebagai **Apoteker (SIPA-1)** yang akan berpraktik di **RS Sardjito, Jl. Kesehatan No.1 Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman.**

Hari :

Jam Praktik :

2. Surat keterangan ini dapat menjadi acuan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sleman untuk dapat menerbitkan Surat Ijin Praktik (SIP)

Demikian surat keterangan ini agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Sleman, Oktober 2023

Pimpinan / Direktur

TTD+CAP

NAMA TERANG