

Formulir XXVa

Perihal : Permohonan Surat Izin
Praktik Apoteker (SIPA)

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Depok
Di Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat,tanggal lahir :
Nomor STRA :
Pendidikan terakhir :
Tempat praktik/ Kerja :
Alamat praktik lain : 1.
2.
Alamat rumah :
(telp)
Nomor Hp :
Nomor sertifikat kompetensi :
Tgl sertifikat kompetensi :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.889/ Menkes/Per/ V/2011 tentang registrasi, izin praktik dan izin kerja tenaga kefarmasian. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi ijazah Apoteker;
- b. Fotokopi surat lolos butuh bagi lulusan di luar propinsi Jawa Barat dan DKI atau Provinsi lain yang mengeluarkan surat lolos butuh;
- c. Surat sehat fisik dan mental dari dokter yang memiliki SIP;
- d. Fotokopi STRA yang masih berlaku dan dilegalisir oleh KFN;
- e. Fotokopi Akte notaris perjanjian kerjasama APA dan pemilik modal (untuk apoteker yang bekerja sama dengan Pemilik modal);
- f. SK pengangkatan (untuk yang bekerja di IFRS dan instansi pemerintah);
- g. Surat rekomendasi organisasi profesi (IAI) yang masih berlaku;
- h. Surat pernyataan APA hanya bekerja di satu sarana (bermaterai 6000);
- i. Surat pernyataan dari apoteker penanggung jawab selama melaksanakan pelayanan kefarmasian akan dilakukan oleh tenaga kefarmasian (bermaterai 6000);
- j. Pas foto ukuran 3 x 4 cm dan 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar sesuai KTP;

- k. Fotokopi KTP;
- l. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
- m. Untuk pengajuan permohonan SIPA sebagai apoteker pendamping harus dinyatakan secara tegas permintaan SIPA untuk tempat pekerjaan kefarmasian pertama, kedua dan ketiga;
- n. Surat pernyataan apoteker pendamping bekerja maksimal pada 3 sarana kefarmasian;
- o. Surat apoteker bekerja sebagai apoteker pendamping pada sarana ke-2 dan ke-3, maka melampirkan SIPA pada sarana kefarmasian sebelumnya;
- p. Surat pernyataan bermaterai apoteker pendamping berada di sarana kefarmasian selama tidak ada apoteker penanggung jawab;
- q. Surat Pernyataan apoteker penanggung jawab akan bekerja penuh (purna waktu) selama melaksanakan pelayanan kefarmasian (bagi yang tidak memiliki apoteker pendamping) bermaterai 6000;
- r. Surat pernyataan bersama APA dan pemilik modal menyetujui adanya apoteker pendamping apabila APA tidak bekerja secara purna waktu (bermaterai 6000).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon dgn materai 6000

.....