Mojokerto,

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)
Kesatu/Kedua/Ketiga*)
Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Mojokerto
Di-
Mojokerto

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....
Tempat,Tanggal Lahir : .....
Alamat Rumah : .....
Telepon : .....
Nomor Handphone : .....
E-mail : .....
No.STRA : .....
Masa berlaku STRA sampai : .....(Tgl/Bln/Thn)
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 diubah 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 : .....
Jam : .....s/d.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

a. Fotokopi STRA legalisir dengan menunjukkan STRA asli;
b. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
c. Surat persetujuan atasan langsung;
d. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
e. Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar;
f. Fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA Kedua dan Ketiga)
g. Fotokopi SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA Ketiga)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

(.....)

Nama Lengkap

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Timur

*) : 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

***) : Waktu Pelayanan 20 Menit

****) : Tidak Di Pungut Biaya/Gratis

*****) : Pengajuan/Pengambilan Surat Ijin Tidak dapat di Wakilkan

Mojokerto,

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)
Di Fasilitas Produksi

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Mojokerto
Di-
Mojokerto

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama Lengkap : .....
Tempat,Tanggal Lahir : .....
Alamat Rumah : .....
Telepon : .....
Nomor Handphone : .....
E-mail : .....
No.STRA : .....
Masa berlaku STRA sampai : .....(Tgl/Bln/Thn)
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 diubah 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 : .....
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

a. Fotokopi STRA legalisir dengan menunjukkan STRA asli;
b. Surat pernyataan dari pimpnan fasilitas produksi;
c. Surat persetujuan atasan langsung;
d. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
e. Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar;

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

(.....)

Nama Lengkap

Mojokerto,

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

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Mojokerto
Di-
Mojokerto

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :
Nama Lengkap : .....
Tempat,Tanggal Lahir : .....
Alamat Rumah : .....
Telepon : .....
Nomor Handphone : .....
E-mail : .....
No.STRA : .....
Masa berlaku STRA sampai : .....(Tgl/Bln/Thn)
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 diubah 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 : .....
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

a. Fotokopi STRA legalisir dengan menunjukkan STRA asli;
b. Surat pernyataan dari pimpinan fasilitas distribusi/penyaluran;
c. Surat persetujuan atasan langsung;
d. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
e. Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar;

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

(.....)

Nama Lengkap

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....

Tempat,Tanggal Lahir : .....

Alamat Rumah : .....

Telepon : .....

Nomor Handphone : .....

E-mail : .....

No.STRA : .....

Masa berlaku STRA sampai : .....(Tgl/Bln/Thn)

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.

Mojokerto,

Yang membuat pernyataan,

Materai 6000

(.....)

Nama Lengkap

SURAT KETERANGAN PIMPINAN
FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/
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 : .....(Tgl/Bln/Thn)

Untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

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

Mojokerto,
Yang membuat keterangan

(.....)
Nama Lengkap

*) : Pilih sesuai permohonan yang diajukan

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan dibawah 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 : .....(Tgl/Bln/Thn)

Untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....

Alamat : .....

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Mojokerto,

(.....)

Nama Lengkap