

FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK APOTEKER

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Praktik Apoteker

Yang terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Siak
di-
Siak Sri Indrapura

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 :(tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Apoteker 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 :

1. Fotokopi KTP pemohon
 2. Surat kuasa dan fotokopi KTP apabila pengurusan diwakilkan
 3. Fotokopi NPWP
 4. Fotokopi ijazah Apoteker dilegalisir
 5. Fotokopi STR apoteker yang masih berlaku dilegalisir oleh Komite Farmasi Nasional (KFN)
 6. Surat Keterangan Sehat dan Dokter Pemerintah
 7. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
 8. Surat keterangan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian
 9. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi apoteker yang melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian
 10. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (2lembar)
 11. Fotokopi SIPA pertama untuk pengejuan SIPA yang kedua
 12. Fotokopi SIPA pertama dan kedua untuk pengajuan SIPA ketiga
- Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

Materai
Rp. 10.000,-

(.....)

FORMULIR PERMOHONAN PERPANJANGAN
IZIN PRAKTIK APOTEKER

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Perpanjangan
Izin Praktik Apoteker

Yang terhormat,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Siak
di-

Siak Sri Indrapura

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 :(tanggal/bulan/tahun)
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Apoteker 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 :

1. Fotokopi KTP pemohon
2. Surat kuasa dan fotokopi KTP apabila pengurusan diwakilkan
3. Fotokopi NPWP
4. Fotokopi ijazah Apoteker dilegalisir
5. Fotokopi STR apoteker yang masih berlaku dilegalisir oleh komite Farmasi Nasional (KFN)
6. Surat pernyataan kecukupan SKP
7. Bukti pemenuhan kecukupan SKP
8. Surat Keterangan Sehat dan Dokter Pemerintah
9. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
10. Surat keterangan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian
11. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi apoteker yang melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian
12. Pas foto berwarna ukuran 3x4 (2lembar)
13. Surat izin praktik apoteker (SIPA) lama (asli)

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Materai Rp. 10.000,-

Pemohon,

(.....)