Formulir 1

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

Yang terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan/Penyelenggara Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten/Kota .....
di
.....

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 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 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 berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) 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:
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi .....

*) : 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

Formulir III

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Elektromedis (SIP-E)

Kepada Yth,
Bupati Kabupaten /Walikota
Kota.....
di
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....
Alamat : .....
Tempat/Tanggal lahir : .....
Jenis Kelamin : .....
Tahun Lulusan : .....
Nomor STR-E : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Elektomedis (SIP-E) pada ..... (sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan atau tempat praktik, dan alamat).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

a. fotokopi ijazah yang dilegalisasi;
b. fotokopi STR-E atau STR-E sementara bagi tenaga kesehatan warga negara asing;
c. surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
d. surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan;
e. pas foto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm berlatar belakang merah;
f. rekomendasi dari kepala dinas kesehatan kabupaten/kota atau pejabat yang ditunjuk; dan
g. rekomendasi dari Organisasi Profesi.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....201.....

Yang memohon,

(.....)

Nomor Form : QR-PSDK-FAR-05
Tanggal Terbit : 9 April 2019
Revisi : 0 / 4

FORMAT PERMOHONAN REKOMENDASI IZIN APOTEK UNTUK PERGANTIAN APA

Nomor :
Lampiran : 1 (Satu) bendel
Perihal : Permohonan Izin Apotek karena Pergantian Apoteker Pengelola Apotek

Wonosobo, ...

Kepada Yth:
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
di-
WONOSOBO

Dengan Hormat,
Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Rekomendasi Izin Apotek karena Pergantian Apoteker Pengelola Apotek dengan data-data sebagai berikut :

1 Pemohon :
Nama pemohon :
NomorSTRA :
Masa Berlaku STRA :
NomorSIPA :
NPWP :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor telepon :
2. Nama apotek :
Alamat :
Kode Pos :
Kecamatan :
Nomor telepon & Email :
NIB :
3. Dengan menggunakan sarana : milik sendiri / milik pihak lain
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :
NIK :
Nama Notaris :
Nomor Akta Notaris & Tanggal:

Bersama ini permohonan ini kami lampirkan :

1. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 lembar.
2. Salinan / Foto Copy Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA).
3. Salinan / Foto Copy Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA).
4. Asli Denah Bangunan Berskala.
5. Asli Denah Lokasi Apotek dengan goggle map / earth yang menunjukkan latitude dan longitude lokasi apotek.
6. Daftar terperinci Sarana dan Prasarana Apotek.
7. Asli Surat Izin Apotek (SIA) lama.
8. Surat pernyataan pengunduran diri APA lama (bermaterai 6000)
9. Surat pernyataan tidak keberatan oleh APA lama digantikan oleh calon APA baru (bermaterai 6000)
10. Foto Copy NIB.
11. Foto Copy KTP.
12. Foto Copy NPWP.
13. Akta Perjanjian Notaris (jika bekerjasama dengan investor).

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya, kami sampaikan terima kasih

Hormat kami,
Pemohon

(.....)

Catatan:
Dokumen Pengajuan menggunakan display book warna kuning yang disusun urut sesuai nomor urut berkas lampiran

NomorForm : QR-PSDK-FAR-11
Tanggal Terbit : 9 April 2019
Revisi : 0 / 3

PERMOHONAN REKOMENDASI PERPANJANGAN IZIN TOKO OBAT

Wonosobo,

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) bendel
Perihal : Permohonan Rekomendasi Perpanjangan Izin Toko Obat

Kepada Yth:
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
di-
WONOSOBO

Dengan Hormat,
Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Rekomendasi Perpanjangan Izin Toko Obat dengan data-data sebagai berikut :

1 Pemohon :
Nama pemohon :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor telepon :
Pekerjaan sekarang :
2. Nama Toko Obat :
Alamat :
Nomor telepon :
Kecamatan :
Kabupaten :
Propinsi :
Dengan menggunakan sarana : Milik sendiri / milik pihak lain
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :

Bersama ini kami lampirkan :

1. Surat permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
2. Fotocopi Ijazah, Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknisi Kefarmasian (STRTTK), dan Surat Ijin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK)
3. Foto kopi KTP TTK Penanggungjawab 1 lembar
4. Pas foto berwarna 4 x 6 sebanyak : 3 lembar
5. Surat pernyataan kesediaan bekerja tenaga teknis kefarmasian sebagai penanggungjawab teknis
6. Surat pernyataan tidak akan membuat racikan obat dan menerima Resep dokter.
7. Surat pernyataan tidak akan menjual obat– obatan Daftar G "Obat Keras".
8. Surat pernyataan tidak akan menjual obat dan obat tradisional yang mengandung BKO (Bahan Kimia Obat) dan tidak memiliki izin edar (TIE).
9. Surat pernyataan TTK tidak bekerja di tempat Pelayanan Kefarmasian lain (Toko Obat, Apotek, Klinik).
10. Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akta hak milik/sewa/kontrak.
11. Denah lokasi dan alamat tempat usaha.
12. Denah bangunan tempat usaha (Setting Ruangan).
13. Surat Pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundang – Undangan di bidang kefarmasian.
14. Surat Pernyataan TTK tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundang – Undangan di bidang kefarmasian.
15. Salinan / Fotocopy Akte Notaris perjanjian kerja sama TTK dengan Pemilik Sarana Toko Obat (untuk TTK bukan PSTO).
16. Asli Surat Izin Toko Obat Lama.
17. Foto copy NIB
18. Foto copy NPWP

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya, kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,
Pemohon

Catatan : Semua Surat Pernyataan bermaterai.

NomorForm	: QR-PSDK-FAR-03
Tanggal Terbit	: 9April2019
Revisi	: 0 / 4

PERMOHONAN REKOMENDASI APOTEK UNTUK APOTEK BARU

Wonosobo, ...

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) bendel
Perihal : Permohonan Rekomendasi Apotek Baru

Kepada Yth:
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Wonosobo
di-
WONOSOBO

Dengan Hormat,
Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi apotek baru dengan data-data sebagai berikut :

1	Pemohon	:
	Nama pemohon	:
	NomorSTRA	:
	Masa Berlaku STRA	:
	Nomor SIPA	:
	NPWP	:
	Nomor Kartu Tanda Penduduk	:
	Alamat dan Nomor telepon	:
2.	Nama apotek	:
	Alamat	:
	KodePos	:
	Kecamatan	:
	Nomor telepon & Email	:
	NIB	:
	KodePos	:
3.	Dengan menggunakan sarana	: milik sendiri / milik pihak lain
	Nama Pemilik Sarana	:
	Alamat	:
	NIK	:
	Nama Notaris	:
	Nomor Akta Notaris & Tanggal	:

Bersama ini permohonan ini kami lampirkan :
1. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 1 lembar.
2. Salinan / Foto Copy Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA).
3. Salinan / Foto Copy Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA).
4. Asli Denah Bangunan Berskala.
5. Asli Denah Lokasi Apotek dengan goggle map / earth yang menunjukkan latitude dan longitude lokasi apotek.
6. Daftar terperinci Sarana dan Prasarana Apotek.
7. Daftar Ketenagaan dan Jadwal Praktek Apotek.
8. Foto Copy KTP.
9. Foto Copy NIB.
10. Foto Copy NPWP.
11. Akta Perjanjian Notaris (jika bekerjasama dengan investor).

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya, kami sampaikan terima kasih

Hormat kami,
Pemohon

(.....)

Catatan:
Dokumen Pengajuan menggunakan display book warna kuning yang disusun urut sesuai nomor urut berkas lampiran
Yang mengurus berkas perizinan adalah Apoteker yang bersangkutan.

Nomor Form : QR-PSDK-FAR-04
Tanggal Terbit : 9 April 2019
Revisi : 0 / 4

FORMAT PERMOHONAN REKOMENDASI PERPANJANGAN IZIN APOTEK

Nomor :
Lampiran : 1 (Satu) bendel
Perihal : Permohonan Rekomendasi Perpanjangan Izin Apotek

Wonosobo, ...

Kepada Yth:
Kepala Dinas Kesebatan
Kabupaten Wonosobo
di-
WONOSOBO

Dengan Hormat,
Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi Perpanjangan Izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

1 Pemobon :
Nama pemohon :
NomorSTRA :
Masa Berlaku STRA :
NomorSIPA :
NPWP :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor telepon :

2. Nama apotek :
Alamat :
Kode Pos :
Kecamatan :
Nomor telepon & Email :
NIB :

3. Dengan menggunakan sarana : milik sendiri / milik pihak lain
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :
NIK :
Nama Notaris :
Nomor Akta Notaris & Tanggal:

Bersama ini permohonan ini kami lampirkan :
1. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 1 lembar.
2. Salinan / Foto Copy Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA).
3. Salinan / Foto Copy Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA).
4. Asli Denah Bangunan Berskala.
5. Asli Denah Lokasi Apotek dengan goggle map / earth yang menunjukkan latitude dan longitude lokasi apotek.
6. Daftar terperinci Sarana dan Prasarana Apotek.
7. Asli Surat Izin Apotek (SIA) lama.
8. Foto Copy NIB.
9. Foto Copy KTP.
10. Foto Copy NPWP.
11. Akta Perjanjian Notaris (jika bekerjasama dengan investor).

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya, kami sampaikan terima kasih

Hormat kami,
Pemohon

(.....)

Catatan: