Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)

Kesatu/Kedua/Ketiga\*)

di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Kepada,

Yth. Kepala Dinas PMPTSPTK

Kabupaten Kepulauan Selayar

Di-

Benteng

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : ................................................................

Tempat, tanggal lahir : ................................................................

Alamat Rumah : ................................................................

Telepon (Harus di isi) : .................................................................

Nomor Handphone : .................................................................

E-maill : .................................................................

No. STRA : .................................................................

Masa Berlaku STRA sampai : .........................................(tgl/bln/tahun)

Pendidikan Terakhir : ..................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Apteker (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 Praktek, 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 STRA dengan menunjukkan STRA asli;
2. Fotokopi KTP dan Keterangan Domisili (KTP Diluar Wilayah Selayar)
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang telah memiliki surat izin praktek dokter;
4. Rekomendasi dari organisasi profesi;
5. Pas foto 4x6 2 lembar;
6. Fotokopi ijazah terakhir;
7. Rekomendasi teknis dari dinas kesehatan;
8. Surat penyataan memiliki tempat praktek/SPMT/ SURAT TUGAS;
9. Fotokopi BPJS ketenagakerjaan dan Fotokopi SK kontrak bagi non PNS;
10. BPJS kesehatan
11. Fotokopi SK pengangakatan PNS;
12. Fotokopi SIPA Kesatu (untuk pengajuan SIPA kedua dan ketiga)
13. Fotokopi SIPA Kedua ( untuk pengajuan SIPA ketiga).

Demikian, atas perhatian dan perkenaannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(..................................)

Nama Lengkap

MOHON BERKAS DI SUSUN SECARA BERURUT

JIKA PERPANJANGAN, SIP ASLI WAJIB DI LAMPIRKA