

Kisaran,

Perihal : **Permohonan Surat Izin
Praktik Apoteker (SIPA)**

Kepada Yth,
Bapak Bupati Asahan
d/p Kepala Dinas Penanaman Modal Dan
Pelayanan Perizinan Terpadu Satu
Pintu Kabupaten Asahan.
di-
Kisaran

Dengan hormat,

Untuk memenuhi maksud **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 dan Peraturan Bupati Asahan Nomor 29 Tahun 2021**, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
No. Telephon :
Alamat :
Email (Aktif) :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker pada :

Nama Tempat Praktik :
Alamat Praktik :
Praktik Ke :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1) Fotokopi kepesertaan jaminan sosial kesehatan;
- 2) Bukti lunas pembayaran iuran terakhir kepesertaan Jaminan Sosial Kesehatan yang dilegalisir oleh pejabat yang berwenang;
- 3) Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- 4) Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
- 5) Fotokopi bukti lunas pembayaran Pajak Bumi Bangunan (PBB);
- 6) Fotokopi Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA) yang dilegalisir;
- 7) Fotokopi Ijazah yang dilegalisir;
- 8) Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/penyaluran;
- 9) Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
- 10) Pasfoto ukuran 3x4 cm sebanyak 2 (dua) lembar;
- 11) Surat persetujuan dari atasan langsung bagi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan Pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara penuh waktu (untuk praktik kedua); dan
- 12) Fotokopi akte perjanjian kerjasama Apoteker pengelola dengan pemilik sarana Apotik.

Demikian permohonan ini saya sampaikan, atas perhatian dan bantuan Bapak saya ucapkan terima kasih.

Yang memohon

Materai
Rp. 10.000,-
