

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik TenagaTeknis Kefarmasian (SIPTTK) kesatu / kedua / ketiga *)

KepadaYth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung
Di-
Bandar Lampung

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap :
Tempat/tanggal lahir :
Alamat rumah :
Telepon / HP :
E-mail :
Nomor STRTTK :
Masa berlaku STRTTK sampai :
Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga teknis kefarmasian (SIPTTK) kesatu, kedua, ketiga*)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/ MENKES / SK / V / 20111 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian. Sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas PeraturanMenteri Kesehatan Nomor 889/MENKES/SK/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. Fotocopy KTP, PBB, NPWP,BPJS,IJAZAH
- b. Fotocopy STRTTK
- c. Surat Pernyataan apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan Kefarmasian
- d. Surat rekomendasi dari Organisasi yang menghimpun tenaga teknis kefarmasian
- e. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga tehnis kefarmasian yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian
- f. Pas Photo terbaru 4x6 sebanyak 6 lembar
- g. Untuk tenaga teknis kefarmasian yang akan mengurus SIPTTK kedua dan ketiga maka harus melampirkan fotocopi SIPTTK sebelumnya

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung,

Yang memohon,

Materai Rp. 6.000

(.....)

* diisi sesuai dengan permohonan