

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) kesatu / kedua / ketiga \*) di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

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 STRA : .....  
Masa berlaku STRA Sampai : .....  
Pendidikan terakhir : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) kesatu, kedua, ketiga\*)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/ MENKES /SK/ 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/ 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
- b. Fotocopy STRA Yang dilegalisir oleh KFM dan Menunjukkan STRA Asli
- c. Surat Pernyataan Mempunyai Tempat Praktik Profesi Atau Surat Keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kefarmasian atau dari Pimpinan Fasilitas Produksi atau Distribusi / Penyaluran
- d. Surat Persetujuan Atasan Langsung bagi Apoteker yang bekerja di Instansi Pemerintah
- e. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IAI)
- f. Pas Photo terbaru 4x6 sebanyak 2 lembar
- g. Untuk Apoteker yang akan mengurus SIPA kedua dan ketiga, maka harus melampirkan fotocopy SIPA sebelumnya

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, .....

Pemohon

Materai Rp. 6.000

(.....)

\* diisi sesuai dengan permohonan