Kepada

Perihal : Permohonan Ijin Apotek Yth. Bupati Mamberamo Tengah

 Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Perijinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Mamberamo Tengah

di -

 Kobakma

Dengan hormat

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap : .................................................................................

Pekerjaan : .................................................................................

Alamat Pemohon : .................................................................................

No. KTP : .................................................................................

No. HP/TLP : .................................................................................

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

Lulusan / Tahun Lulusan : .................................................................................

Umur : .................................................................................

Mengajukan permohonan penerbitan **Surat Izin Apotek**

Demikian permohonan ini saya buat, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Kobakma, ..........................................

Pemohon

Materai

10.000

........................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DATA PEMOHON IJIN APOTEK |  |  |
|  |  |
| 1 | NAMA PEMOHON  | : |   |   |  |
| 2 | PEKERJAAN | : |   |   |  |
| 3 | ALAMAT PEMOHON | : |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
| 4 | KECAMATAN  | : |   |   |  |
| 5 | KELURAHAN | : |   |   |  |
| 6 | NO. KTP | : |   |   |  |
| 7 | NO. HP/TLP | : |   |   |  |
| 8 | UMUR | : |   |   |  |
| 9 | KEWARGANEGARAAN | : |   |   |  |
| DATA SARANA |  |  |  |
|  |  |  |
| 1 | NAMA SARANA | : |   |   |  |
| 2 | ALAMAT SARANA | : |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
| 3 | NO. SIPA/SIKA | : |   |   |  |
| 4 | NAMA PSA | : |   |   |  |
| 5 | AKTA PERJANJIAN  | : |   |   |  |
|  | KERJA SAMA  |  |   |   |  |
| 6 | NOMOR AKTA | : |   |   |  |
| 7 | TANGGAL AKTA | : |   |   |  |
| 8 | DIHADAPAN NOTARIS | : |   |   |  |
| 9 | DI | : |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
| PERSYARATAN : |  |  |  |  |
| 1 | Foto copy KTP , apoteker pengelola Apotek. |  |  |
| 2 | Foto copy Surat Izin Praktek Apoteker. |  |  |
| 3 | Foto copy Surat Izin Kerja Tenaga Teknik Kefarmasian |  |  |
| 4 | Daftar terperinci alat perlengkapan Apotek |  |  |
| 5 | Maps lokasi Apotek Dan Denah Ruangan Apotek |  |  |
| 5 | Surat yang menyatakan status bangunan dalam bentuk akte hak milik/sewa/Kontrak |  |  |
| 7 | Surat pernyataan dari apoteker pengelola Apotek bahwa tidak bekerja menjadi apoteker di Perusahaan Farmasi lain dan tidak menjadi apoteker pengelola Apotek lain (Materai 10.000) |  |  |
|  |  |  |
| 8 | Asli surat izin atasan (bagi pemohon pegawai negeri, anggota TNI-Polri dan pegawai instansi lainnya). |  |  |
| 9 | Foto Copy akte perjanjian kerjasama apoteker pengelola Apotek dengan pemilik sarana Apotek didepan Notaris 1 lembar |  |  |
|  |  |  |
| 10 | Surat pernyataan pemilik sarana tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan (diatas Materai 10.000) |  |  |
|  |  |  |
| 11 | SPPL (Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolahan dan Pemantauan Lingkungan Hidup) dari Badan Lingkungan Hidup Kab. Mamberamo Tengah |  |  |
|  |  |  |
| 12 | Apotek yang baru dibuka, harus dilengkapi dengan Berita Acara pemeriksaan fisik dari dari seksi farmasi Dinas Kesehatan Kab Mamberamo Tengah |  |  |
|  |  |  |
| 13 | Pas foto berwarna apoteker pengelola Apotek, ukuran 3 x 4 (2 lembar). |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| DATA PEMOHON PERPANJANGAN APOTEK |  |  |
|  |  |
| 1 | NAMA PEMOHON  | : |   |   |  |
| 2 | PEKERJAAN | : |   |   |  |
| 3 | ALAMAT PEMOHON | : |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
| 4 | KECAMATAN  | : |   |   |  |
| 5 | KELURAHAN | : |   |   |  |
| 6 | NO. KTP | : |   |   |  |
| 7 | NO. HP/TLP | : |   |   |  |
| 8 | UMUR | : |   |   |  |
| 9 | KEWARGANEGARAAN | : |   |   |  |
| DATA SARANA |  |  |  |
|  |  |  |
| 1 | NAMA SARANA | : |   |   |  |
| 2 | ALAMAT SARANA | : |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
|  |  |  |   |   |  |
| 3 | NO. SIPA/SIKA | : |   |   |  |
| 4 | NAMA PSA | : |   |   |  |
| 5 | AKTA PERJANJIAN  | : |   |   |  |
|  | KERJA SAMA  |  |   |   |  |
| 6 | NOMOR AKTA | : |   |   |  |
| 7 | TANGGAL AKTA | : |   |   |  |
| 8 | DIHADAPAN NOTARIS | : |   |   |  |
| 9 | DI | : |   |   |  |
|  |  |  |  |  |  |
| PERSYARATAN PERPANJANGAN APOTEK: |  |  |
| 1 | Foto Copy KTP Apoteker Pengelola Apotek |  |  |
| 2 | Foto Copy SIA yang lama |  |  |
| 3 | FC SPPL (Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolahan dan Pemantauan Lingkungan Hidup) dari Badan Lingkungan Hidup Kab. Mamberamo Tengah (bagi Apotek yang belum punya) |  |  |
|  |  |  |
| 4 | Surat Pengunduran diri apoteker yang lama ( Untuk Apoteker Yang Pindah Sarana) |  |  |
| 5 | Surat Penunjukan apoteker dari PSA (untuk Apoteker yang Pindah Sarana) |  |  |
| 6 | Foto Copy Akta Notaris (Untuk Apoteker yang pindah Sarana Apotek) |  |  |
| 7 | Pas Foto berwarna Apoteker pengelola Apotek yang terbaru uk 3x4 2 lembar  |  |  |

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap : .................................................................................

Alamat : .................................................................................

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

Jenis Kelamin : .................................................................................

Tahun Lulusan : .................................................................................

Nomor STR : .................................................................................

Nomor Telepon / HP : .................................................................................

Anggota Organisasi Profesi : ................................................................................

.

 Dengan ini menyatakan memiliki tempat praktik pada :

1. Nama Sarana Kesehatan : .......................................................................................

Alamat / Kode Pos : .......................................................................................

Kelurahan / Kecamatan : .............................................,.........................................

Hari / Jam : .......................................................................................

1. Nama Sarana Kesehatan : .......................................................................................

Alamat / Kode Pos : ......................................................................................

Kelurahan / Kecamatan : .............................................,.........................................

Hari / Jam : ......................................................................................

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya**,** dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

 Kobakma, ......................................

 Yang Membuat Pernyataan

 Materai

 10.000

 ....................................................

.....\*) Selain NIP/ NRP/ NPTT, Sebutkan nomer identitas pegawai jika ada

 \*) Coret yang tidak perlu

DAFTAR PERALATAN PRAKTIK PERAWAT

ALAMAT ............................................................................................................ KOBAKMA

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO. | JENIS ALAT | JUMLAH | KETERANGAN |
|  |  |  |  |

 Kobakma, ..............................

 Pemohon

 ................................................

PUSKESMAS ........................

Jl. .............................................

SURAT PENGANTAR

 No. ....................................

 Yang bertanda tangan dibawah ini menerangkan

 Nama lengkap : ........................................................

 Alamat : ........................................................

 Pekerjaan : ........................................................

 Jenis Kelamin : ........................................................

 Tempat / tanggal lahir : ........................................................

 Agama : ........................................................

 Kewarganegaraan : ........................................................

 Nomor KTP : ........................................................

Nomor STRP : ........................................................

 T u j u a n : Dinas Kesehatan Kabupaten Mamberamo Tengah

K e p e r l u a n : Mengurus Surat Ijin Praktek Perawat.

 Keterangan Lain-lain : Alamat Tempat Praktek ..................

 ........................................................

 Demikian agar dapat di pergunakan sebagaimana mestinya.

 Kobakma,

 KEPALA PUSKESMAS

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_