

Nomor

:

Lampiran

: 1 Berkas

Perihal

: **Permohonan Surat izin**
Praktek Apoteker (SIPA)

Kepada Yth

Bapak Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kota Lubuklinggau

Di -
Lubuklinggau

Dengan Hormat,
Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Apoteker yang ke dengan data sebagai berikut :

1. Pemohon

:
- Nama Pemohon

:
- Nomor Surat STRA

:
- Nomor Kartu Penduduk

:
- Alamat

:
- Telp/Hp

:
- Email

:
2. Apotek

:
- Nama Apotek

:
- Alamat

:
3. Dengan Menggunakan

:
- Nama PSA

:
- Alamat

:
- Telp/Hp

:

- Bersama ini kami Lampirkan :
1. Fotocopy KTP

2. Fotocopy Ijazah

3. Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA) Asli dan fotocopy 1 lembar

4. Foto copy Surat Sumpah Apoteker

5. Foto Warna ukuran 3 x 4 (2 Lembar)

6. Surat pernyataan dari PSA

7. Denah Lokasi Apotek

8. Surat Pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotek bahwa tidak bekerja Tetap pada perusahaan Farmasi Lain (Apotek Lain).

9. Bukti Kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) yang dicantumkan pada Rekomendasi Organisasi Profesi

10. Surat pernyataan kelengkapan SKP yang ditandatangani tenaga medis atau tenaga kesehatan dalam pengajuan penerbitan rekomendasi untuk penerbitan SIP

11. Map 2 lembar.

12. Fotocopy SIP kesatu dan kedua (bagi yang sudah memiliki SIP).

13. Surat keterangan tempat praktik dari pemohon.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatian dan persetujuannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

(.....)