

Perihal : Permohonan Surat izin Praktik Tenaga
Teknis Kefarmasian Kesatu/Kedua/Ketiga *)
di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian/
Fasilitas Produksi/Fasilitas Distribusi

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
Jl.Supratman No.73
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat/Tgl.Lahir :
Alamat Rumah : Jl.....
.....
.....
NO. Telp/HP/email :
NO. STRTTK :
Masa berlaku STRTTK sampai :
No. Rekomendasi OP :
Pendidikan Terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga*) sesuai Permenkes RI No.889/MENKES/PER/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/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian pada :

Tempat Praktik 1 : (tuliskan nama sarana)
: Jl.....RT....RW.....
Kel.....Kec.....
Telp/Hp.....

Hari dan Jam Praktik :
Sebagai TTK : (penanggungjawab/pendamping) *coret salah satu

Tempat Praktik 2 : (tuliskan nama sarana)
: Jl.....RT....RW.....
Kel.....Kec.....
Telp/Hp.....

Hari dan Jam Praktik :
Sebagai TTK : (penanggungjawab/pendamping) *coret salah satu

Tempat Praktik 3 : (tuliskan nama sarana)
: Jl.....RT....RW.....
Kel.....Kec.....
Telp/Hp.....

Hari dan Jam Praktik :
Sebagai TTK : (penanggungjawab/pendamping) *coret salah satu

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy STRTTK yang dilegalisir asli oleh Dinas Kesehatan Propinsi dan masih berlaku
2. Surat Pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian
3. Surat persetujuan atasan langsung.
4. Surat Rekomendasi dari organisasi Profesi (PAFI) Cabang Kota Bandung.
5. Pas foto berwarna latar merah terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar
6. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
7. Photo copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bandung/Surat Keterangan Tinggal Sementara (SKTS) di Kota Bandung (bagi Tenaga Teknis Kefarmasian dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
8. Fotocopy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku.
9. Fotocopy SIPA yang dimiliki.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

KOP PERUSAHAAN/FASKES

**SURAT KETERANGAN PIMPINAN
FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/
FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI *)**

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat Fasilitas Kefarmasian : Jl.....
.....
.....
NO. Telp/HP/email :

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap :
Tempat/Tgl.Lahir :
Alamat Rumah : Jl.....
.....
.....

NO. Telp/HP/email :

NO. STRTTK :

Masa berlaku STRTTK sampai :

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

Bandung,.....

Hormat Kami,
Pimpinan

.....

Nama Lengkap & Tanda Tangan

**SURAT PERNYATAAN/PERSETUJUAN TIDAK KEBERATAN DARI PIMPINAN
TEMPAT BEKERJA BAGI PNS / TNI / POLRI / BUMN / BADAN HUKUM**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan :

Dengan ini menyatakan tidak keberatan kepada :

Nama :

Jabatan :

Untuk menjalankan Praktik sebagai Ahli Teknologi laboratorium Medik diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Hormat Kami,
Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen
SIPTTK Kesatu/Kedua/Ketiga *)
di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian/
Fasilitas Produksi/Fasilitas Distribusi

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
Jl.Supratman No.73
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
Jenis Kelamin :
No. STRTTK :
Tgl. Masa berlaku STRTTK :
Lulusan : (SMF/D3 Farmasi/Sarjana Farmasi)
Tahun
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa.....
Kecamatan..... Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP..... Kode Pos
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga*) sesuai Permenkes RI No.889/MENKES/PER/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/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian pada :

Tempat Bekerja 1 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP..... Kode Pos
Tempat Bekerja 2 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP..... Kode Pos
Tempat Bekerja 3 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP Kode Pos

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STRTTK yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy SIPTTK bila sudah memiliki.
4. Fotocopy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap