

Bandung,.....

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen
Surat Izin Apotek Baru

Kepada Yth
Kepala DPMPTSP
Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
Di
BANDUNG

Dengan Hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini

Nama :.....
Alama t : Jl.....
RT/RW.....Telp.....
Kelurahan.....Kecamatan.....

STRA No&Tgl:.....

Dengan ini mengajukan permohonan Pengesahan Dokumen sebagai persyaratan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek, pada :

Nama Apotek :.....
Alama t : Jl.....
RT/RW.....Telp.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

Hari dan Jam Buka Apotek :

Dengan menggunakan sarana : Milik sendiri / Milik pihak lain.

Nama Pemilik Sarana :

Nomor NPWP :

Akte Perjanjian Kerjasama No&Tgl:

Yang dibuat dihadapan notaris :.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Akte Notaris pendirian badan hukum/Kartu Tanda Penduduk bagi Pemilik Perorangan
2. Denah bangunan dan denah lokasi
3. Daftar Ketenagaan
4. Apoteker Penanggung jawab dan Pendamping, dengan melengkapi :
 - a. Fotocopy Surat Izin Praktek Apoteker ditempat tersebut dan masih berlaku/Surat Pengesahan Dokumen SIPA.
 - b. Surat pernyataan tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek di Apotek lain (bermaterai).
 - c. Fotocopy Akte Notaris perjanjian kerjasama APA dengan PSA (bagi APA) /Surat Pengangkatan sebagai Apoteker Pendamping (bagi Aping).
 - d. Surat Pernyataan Kesiediaan Apoteker hadir di Apotek (bermaterai).
 - e. Hari dan jam operasional Apotek.

5. Fotocopy Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian yang masih berlaku di Apotek tersebut/ Surat Pengesahan Dokumen SIPTTK.
6. Surat pernyataan dari PSA bahwa tidak pernah terlibat dalam pelanggaran peraturan perundang-undangan dibidang obat dan narkotika (bermaterai).
7. Surat Pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan Apotek yang ditandatangani oleh PSA dan APA.
8. Daftar Prasarana, Sarana dan Peralatan.
9. Rekomendasi dari Puskesmas setempat.
10. Surat Pernyataan dari Pemilik siap ditinjau ke sarana kapan saja diatas materai 6000

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya kami haturkan terima kasih.

Pemohon

Materai 6000

(.....)

Catatan

Semua Data harus diisi dengan lengkap dan benar
Berkas dibuat dalam bentuk Soft File dan Hard File

Nama Apotek :
Alamat Apotek : Jl
RT/RWKelurahan
Kecamatan
Wilayah Kerja Puskesmas
TeleponKode Pos

DENAH LOKASI APOTEK

DENAH BANGUNAN APOTEK

Bandung,
Pemohon

.....

DAFTAR KETENAGAAN APOTEK

Nama Apotek:.....

Alamat :Jl.....RT.....RW....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Wilayah Kerja Puskesmas.....

Telepon.....Kode Pos.....

NO	NAMA	JABATAN	NO . STR	MASA BERLAKU

Pemohon

.....

Bandung.....

Nomor :
Lampiran :
Perihal :Penunjukan Apoteker
Pendamping

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Bandung
Jl. Supratman No. 73
Di
Bandung

Dengan Hormat,
Menunjuk pada Pasal 19 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1332/MENKES/SK/X/2002 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotek, maka dengan ini kami laporkan bahwa kami telah menunjuk Apoteker Pendamping pada:

Nama Apotek :.....
Alamat :Jl.....RT.....RW....
Kel.....Kec.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Telepon.....Kode Pos.....

Sebagai berikut :

Nama :.....
Alamat :Jl.....RT.....RW....
Kel.....Kec.....
Telepon.....Kode Pos.....

Nomor&Tgl STRA :.....

Yang kami pastikan bahwa yang bersangkutan tidak bekerja pada perusahaan farmasi dan tidak bertindak sebagai Apoteker Pengelola Apotek lain, bersama ini kami lampirkan :

1. Salinan/Fotocopy STRA.
2. Fotocopy KTP.
3. Surat Pernyataan Kesiapan bekerja sebagai Apoteker Pendamping.

Demikian penunjukan ini, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Apoteker Pengelola Apotek

.....

SURAT PERNYATAAN APOTEKER PENDAMPING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

No & Tgl STRA :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak bekerja pada Fasilitas Produksi dan Fasilitas Distribusi serta bersedia menjadi Apoteker Pendamping pada:

Nama Apotek :.....

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk keperluan kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Apotek

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

SURAT PERNYATAAN APOTEKER

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Nomor & Tgl STRA :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak bekerja pada Fasilitas Produksi, Fasilitas Distribusi dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek pada Apotek lain.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk keperluan kelengkapan persyaratan permohonan Izin Apotek.

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

**SURAT KESEDIAAN APOTEKER
UNTUK HADIR DI APOTEK SELAMA JAM BUKA APOTEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Nomor & Tgl STRA :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Jabatan :

Dengan ini menyatakan bahwa saya **bersedia hadir di Apotek selama jam buka apotek** bergantian /tidak *) dengan apoteker pendamping pada:

Nama Apotek :

Alamat Apotek :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk keperluan kelengkapan persyaratan permohonan Izin Apotek.

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

*) coret salah satu

SURAT PERNYATAAN PEMILIK SARANA APOTEK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat/Tgl.Lahir :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak pernah terlibat pelanggaran terhadap peraturan perundangan-undangan di bidang obat dan Narkotika.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN PENINJAUAN LOKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan : Pemilik Sarana Apotek

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa Kami siap dan bersedia untuk ditinjau kapanpun oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

JAM OPERASIONAL APOTEK

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama Apotek :

Alamat Apotek :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Hari & Jam Buka Apotek :

.....

Jadwal Praktek Apoteker I :

Jadwal Praktek Apoteker II :

Jadwal Praktek Apoteker III :

(terlampir FC Rekomendasi IAI APA dan APING)

Demikian keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Apoteker Pengelola Apotek.....

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Jabatan : Pemilik Sarana Apotek
2. Nama :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Jabatan : Apoteker Pengelola Apotek

Dengan ini menyatakan bahwa Kami bersedia dan sanggup mentaati semua peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan Apotek dan apabila melanggar ketentuan tersebut kami siap menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan dapat dipertanggungjawabkan jika kelak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan.

Bandung,.....

Yang membuat Pernyataan

1. Pemilik Apotek

2. Apoteker Pengelola Apotek

Materai 6000

(.....)

(.....)

