

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker  
Kesatu/Kedua/Ketiga \*) di Fasilitas  
Pelayanan Kefarmasian

Kepada Yth :  
Kepala DPMPTSP  
Kota Bandung  
Jl.Cianjur No. 34  
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. STRA : .....  
Masa berlaku STRA sampai : .....  
No. Rekomendasi OP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) 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 Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STRA yang dilegalisir asli oleh KFN dan masih berlaku serta menunjukkan STRA asli.
2. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian.
3. Surat persetujuan atasan langsung.
4. Surat Rekomendasi yang asli dari Ikatan Apoteker Indonesia Kota Bandung dilengkapi hari dan jam praktik
5. Pas foto berwarna terbaru latar Merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar.

6. Photo copy E-KTP Kota Bandung/SKTS. (bagi Apoteker dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yang menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut).
7. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki SIP.
8. Fotocopy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku.
9. Fotocopy SIPA yang dimiliki.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Bandung,.....

Pemohon,

.....

Nama Lengkap&Tanda Tangan

**SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI  
TEMPAT PRAKTIK PROFESI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Apoteker pada :

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Bandung,.....  
Pemohon,

Materai 6000,-

.....  
Nama Lengkap, Tanda Tangan,

**KOP PERUSAHAAN/FASKES**

---

**SURAT KETERANGAN PIMPINAN  
FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN**

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. STRA : .....

Masa berlaku STRA sampai : .....

untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

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

Bandung,.....

Hormat Kami,

Pimpinan

.....

Nama Lengkap & Tanda Tangan

**KOP PERUSAHAAN/FASKES**

---

**SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN**

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap : .....

Jabatan : .....

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....

Alamat Fasilitas Kefarmasian : Jl.....

.....

.....

NO. Telp/HP/email : .....

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap : .....

Tempat/Tgl.Lahir : .....

Alamat Rumah : Jl.....

.....

.....

NO. Telp/HP/email : .....

NO. STRA : .....

Masa berlaku STRA sampai : .....

untuk bekerja sebagai Apoteker pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....

Alamat Fasilitas Kefarmasian : Jl.....

.....

.....

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPA.

Bandung,.....

Hormat Kami,

Pimpinan

.....

Nama Lengkap & Tanda Tangan

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen SIPA  
Kesatu/Kedua/Ketiga \*) di Fasilitas  
Pelayanan Kefarmasian

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. STRA : .....  
Masa berlaku STRA sampai : .....  
No. Rekomendasi OP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Pertama/Kedua/Ketiga\*) pada :

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

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

Hari dan Jam Praktik : .....  
Sebagai Apoteker : (penanggungjawab/pendamping) \*coret salah satu

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STRA yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy SIPA 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