

Bandung,.....

Nomor :  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Pencabutan  
Surat Izin Apotek

Kepada Yth  
Kepala DPMPTSP  
Kota Bandung  
Jl. Cianjur No. 34  
di-

B a n d u n g

Yang bertanda tangan dibawah ini:

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

SIPA No. :.....  
Sebagai Apoteker Pengelola Apotek, pada :  
Nama Apotek :.....  
Alama t : Jl.....  
RT/RW.....Telp.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

No & Tgl SIA : .....  
Pemilik Sarana : .....

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat Izin Apotek sehubungan dengan:

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

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Izin Apotek Asli
2. SIPA APA,SIPA APING, dan SIKTTK Asli
3. Berita Acara serah terima Narkotik dan Psikotropik
4. Berita Acara serah terima obat-obatan lainnya
5. Berita Acara pemusnahan perlengkapan administrasi Apotek.
6. Surat Pernyataan tidak keberatan dari Pemilik Sarana Apotek di atas materai 6000
7. Surat Pernyataan dari Pemilik siap ditinjau ke sarana kapan saja diatas materai 6000.

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan Bapak kami ucapkan terima kasih.

Pemohon  
Materai 6000

(.....)

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Barat
2. Kepala Balai Besar POM di Bandung

## LAPORAN PENGALIHAN TANGGUNG JAWAB PELAYANAN KEFARMASIAN

Pada hari ini..... tanggal..... bulan.....tahun.....  
Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek,  
saya yang bertanda tangan dibawah ini :

A. Apoteker Pemegang SIA/Penanggung Jawab :

Nama Lengkap : .....  
Nomor SIPA : .....  
Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....  
Telah menerima pengalihan tanggung jawab dari:

B. Apoteker Pemegang SIA Lama

Nama : .....  
Nomor SIPA : .....  
Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....

Dalam pengalihan tanggung jawab ini telah dilakukan penyerahan :

1. Resep-resep  
Dari tanggal .....sampai dengan tanggal.....berjumlah  
.....lembar
2. Obat-obat narkotika sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir.  
Kunci-kunci lemari penyimpanan terdiri dari.....buah.
3. Obat keras tertentu/bahan Berbahaya dan obat lainnya sebagaimana daftar  
terlampir. Kunci-kunci lemari penyimpanan obat keras tertentu/bahan  
berbahaya dan obat lainnya terdiri.....buah.
4. Lain-lain yang dianggap perlu.

Demikian Laporan pengalihan tanggung jawab ini dibuat dengan sebenarnya. Surat  
Peralihan Tanggung Jawab dibuat rangkap 2(dua) dan dikirimkan kepada Dinas  
Kesehatan Kota Bandung

Bandung,.....

Yang Menerima,  
Apoteker Pemegang SIA

.....  
SIPA.....

Lampiran : Laporan pengalihan tanggung jawab pelayanan Kefarmasian

**DAFTAR PERINCIAN NARKOTIKA YANG DISERAHTERIMAKAN**

<b>NO</b>	<b>NAMA NARKOTIKA</b>	<b>JUMLAH</b>	<b>KETERANGAN</b>

**DAFTAR PERINCIAN OBAT KERAS TERTENTU/BAHAN BERBAHAYA DAN OBAT LAINNYA YANG DISERAH TERIMAKAN**

<b>NO</b>	<b>NAMA OBAT</b>	<b>JUMLAH</b>	<b>KETERANGAN</b>

**BERITA ACARA PEMUSNAHAN PERBEKALAN FARMASI**

Pada hari ini..... tanggal..... bulan.....tahun.....  
Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek,  
Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Apoteker : .....  
Nomor SIPA : .....  
Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....  
Telah melakukan pemusnahan : Perbekalan Farmasi sebagaimana  
tercantum dalam daftar terlampir  
Tempat melakukan pemusnahan : .....

Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.  
Berita Acara ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) dan dikirim kepada :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung.
2. Arsip.

Bandung,.....

Karyawan yang membantu

Yang membuat Berita Acara

.....

.....  
SIPA.....

**LAMPIRAN DAFTAR PERBEKALAN FARMASI YANG DIMUSNAHKAN**

No. Urut	Nama	Jumlah	Alasan Pemusnahan

Bandung,.....

Yang membuat Berita Acara

.....  
SIPA.....

**SURAT PERNYATAAN TIDAK KEBERATAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

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

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

Jabatan : Pemilik Sarana Apotek/Investor

Dengan ini menyatakan bahwa saya sebagai Pemilik Sarana Apotek/Investor tidak keberatan untuk dilakukan pencabutan izin apotek pada :

Nama Apotek : .....

Alamat : .....

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

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

Nomor SIA : .....

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

(.....)