**PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**

**Lampiran : 1 bendel**

**Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)**

**di Fasilitas Distribusi/Penyaluran**

Kepada:

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bantul

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : …………………………………………………….

Tempat, tanggal lahir : …………………………………………………….

Alamat Rumah : …………………………………………………….

Telepon/HP (Whatsapp) : …………………………………………………….

E mail : …………………………………………………….

Nomor STRA : …………………………………………………….

Masa Berlaku STRA samapai : …………………………………………………….

Pendidikan terakhir : …………………………………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik berdasarUU No. 17 tahun 2023 tentang Kesehatan dan SE NOMOR HK.02.01/MENKES/6/2024 pada:

Nama Fasilitas : ……………………………………………………

Alamat : ……………………………………………………

Sebagai pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Scan Formulir Pendaftaran
2. Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon yang masih berlaku
3. Surat pernyataan domisili bermaterai (bagi yang alamat KTP tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal);
4. STRA yang masih berlaku  atau seumur hidup
5. Scan Ijazah  / Sertifikat Profesi Apoteker
6. Surat keterangan sehat fisik dan surat keterangan tidak buta warna dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
7. Softcopy Pasfoto berwarna ukuran 4x6 terbaru (format jpeg maks 2 Mb)
8. Surat keterangan tempat praktik yang diketahui dan ditandatangani oleh penanggungjawab faskes;
9. Surat Pengantar dari Puskesmas wilayah setempat;

**Untuk Permohonan Baru ditambahkan:**

1. Bukti Pemenuhan Kompetensi bagi tenaga kesehatan yang belum pernah memiliki SIP / tidak pernah praktik lebih dari 5 tahun;
2. Surat keterangan dari sisdmk.kemkes.go.id atau screenshoot dari SATU SEHAT (pada bagian pekerjaan dengan status bekerja AKTIF & TERVALIDASI);

**Untuk Permohonan Perubahan ditambahkan :**

1. Surat keterangan dari sisdmk.kemkes.go.id atau screenshoot dari SATU SEHAT (pada bagian pekerjaan dengan status bekerja AKTIF & TERVALIDASI);

**Untuk Permohonan Perpanjangan ditambahkan :**

1. Surat Pernyataan Kecukupan SKP dan Bukti Kecukupan Satuan Kredit Profesi / SKP (screenshot dari Portal skp.kemkes.go.id)
2. Bukti Pemenuhan Kompetensi bagi tenaga kesehatan yang belum pernah memiliki SIP / tidak pernah praktik lebih dari 5 tahun
3. Surat keterangan dari sisdmk.kemkes.go.id atau screenshoot dari SATU SEHAT (pada bagian pekerjaan dengan status bekerja AKTIF & TERVALIDASI);

Demikian permohonan ini disampaikan, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

……………, ………………….. 202…

Pemohon

………………………………………

**SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………………………………………..…………..

NIK : ………………………………………………….………………

Jenis Kelamin : ………………………………………………………………….

Tempat tanggal lahir : ………………………………………………………………….

Alamat Rumah : ………………………………………………………………….

Alamat Email : ………………………………………………………………….

Nomor HP (WA) : ………………………………………………………………….

Nomor STR : ………………………………………………………………….

Dengan ini menerangkan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 di lokasi sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | NAMA & ALAMAT PRAKTIK YANG DIAJUKAN | HARI | JAM |
|  |  |  |  |

1. SIP Aktif yang sudah di miliki :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | Nama & Alamat Praktek | Surat Ijin Praktek | | Hari / Jam |
| No / Tgl | Berlaku s/d |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya dan apabila ada pernyataan yang tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan di kenakan sanksi sesuai dengan aturan yg berlaku.

Mengetahui Bantul, …………………….

Kepala Fasyankes Pemohon

Meterai

…………………………… ……..………………………

**SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP**

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : ……………………………………………………………

Alamat : ……………………………………………………………

Nomor STR : ……………………………………………………………

Menyatakan bahwa :

1. Seluruh data / dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang – undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar – benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Bantul, ……………………………...

Materai

Nama ………………………………

**\*SURAT PERNYATAAN PEMENUHAN KECUKUPAN SKP**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ………………………………………………………………

Alamat sesuai KTP : ………………………………………………………………

Nomor STR : ………………………………………………………………

Menyatakan bahwa:

1. Bersedia untuk memenuhi kecukupan SKP sebagai syarat Perpanjangan Surat Izin Praktik sebelum tanggal 31 Desember 2024, dengan jumlah SKP yang telah di tentukan perundang undangan yang berlaku (SKP dinyatakan cukup)
2. Jika sampai tgl 31 desember 2024 kecukupan SKP tidak terpenuhi, dengan kesadaran diri akan mengikuti ketentuan perundang-undangan yang berlaku, maka SIP yang telah terbit di nyatakan tidak aktif dan STR dibekukan per tanggal 1 Januari 2025 (bertanggung jawab penuh atas konsekuensi yang timbul).

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bantul,    Nama Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan |

\*) Khusus untuk **Perpanjangan** yg SKPnya belum cukup/ kurang dari yg ditentukan