Form-7

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hal | : | Permohonan Rekomendasi Surat Izin Apotek (SIA) Karena Pergantian Penanggungjawab | Kepada Yth :  Kepala Dinas Kesehatan Kab. Tegal  Di  Slawi |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap dan gelar | : | ................................................................................................................. |
| No. KTP | : | ................................................................................................................. |
| Alamat | : | ................................................................................................................. |
|  |  | ................................................................................................................. |
|  |  | HP .................................................... Email :.......................................... |
| NPWP | : | ................................................................................................................. |
| No. STRA | : | ................................................................................................................. |
| Masa berlaku STRA | : | ................................................................................................................. |

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan rekomendasi Surat Izin Apotek, pada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Apotek | : | ................................................................................................................. |
| Alamat Apotek | : | ................................................................................................................. |
| Alamat | : | ................................................................................................................. |
|  |  | ................................................................................................................. |
|  |  | Telp ................................... Email apotek :.............................................. |
| Desa/Kelurahan | : | ................................................................................................................. |
| Kecamatan | : | ................................................................................................................. |
| Kabupaten | : | ................................................................................................................. |

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi STRA dan SIPA;
2. Fotokopi KTP, Apoteker dan Pemilik;
3. Fotokopi NPWP, APJ dan Pemilik Perseorangan atau Non Perseorangan (PT. Perseorangan atau PT.;
4. Daftar sarana, prasarana, dan kelengkapan lainnya (Form-17);
5. Daftar SDM di apotek (farmasi dan non farmasi) dengan melampirkan fotokopi KTP, Ijazah, STR dan SIP (Form-18);
6. Asli surat izin/surat keterangan atasan bagi pemohon PNS, Anggota ABRI, dan pegawai instansi lainnya (dengan kop dan stempel basah) (Form-13);
7. Asli Surat Keterangan Sehat Fisik dari Puskesmas/RS pemerintah;
8. Asli Surat Pernyataan Apoteker dan Pemilik Sarana tidak akan terlibat pelanggaran perundang-undangan di bidang obat (bermaterai Rp.10.000,-) (Form-20);
9. Fotokopi denah ruangan yang mencantumkan detail letak sarana dan prasarana beserta keterangannya;
10. Fotokopi denah lokasi apotek terhadap fasilitas pelayanan kesehatan di sekitarnya lengkap dengan keterangannya;
11. Fotokopi Laik Sehat;
12. Surat Pengantar Sarana dari Puskesmas;
13. Fotokopi IMB/PBG (yang menyebutkan sarana untuk tempat usaha);
14. Bukti Pelaporan *Self Assesment*, Pelaporan Yanfar bulan terakhir pada aplikasi Simona, dan Pelaporan bulanan pada Sipnap
15. Laporan Pengalihan Tanggungjawab (Form-26).

Seluruh persyaratan dimasukkan ke dalam map hijau bertuliskan nama sarana dan nomor HP.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

................., ...........................

Pemohon

Materai 10.000

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