

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Rekomendasi Izin Apotek  
( Karena Pergantian APA)

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sleman

Di  
SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin apotek karena pergantian apoteker penanggung jawab apotek dengan data-data sebagai berikut :

1 Pemohon

Nama Pemohon : .....  
Nomor STRA : .....  
Nomor Surat izin Praktik Apoteker/SIPA : .....  
Nomor Kartu Tanda Penduduk : .....  
Alamat dan Nomor Telepon : .....  
Pekerjaan Sekarang : .....  
NPWP : .....

2. Apotek

Nama Apotek : .....  
Alamat : .....  
Nomor Telepon : .....  
Kecamatan : .....  
Propinsi : .....

3 Dengan Menggunakan sarana : Milik sendiri/milik pihak lain

Nama Pemilik sarana : .....  
Alamat : .....

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Akta PT/CV bila PSA merupakan Badan Hukum
3. Akta Perjanjian kerjasama antara APA ( Apoteker Pengelola Apotek) dan PSA (Pemilik Sarana Apotek)
4. Berita acara serah terima obat
5. Surat keterangan tidak berkeberatan dari apoteker lama untuk digantikan
6. Foto copi izin apotek sebelumnya
7. Hasil pemeriksaan kualitas air dari Laboratorium Dinas Kesehatan Kab. Sleman
8. Surat Rekomendasi IAI (Ikatan Apoteker Indonesia)
9. Salinan/Foto Copy Surat Izin Praktik Apoteker/SIPA penanggung jawab
10. Salinan/Foto Copy Surat Izin Praktik Apoteker/SIPA pendamping
11. Salinan/Foto Copy SIK Tenaga Teknis Kefarmasian ( Kalau mempekerjakan Tenaga Teknis Kefarmasian)
12. Perlengkapan administrasi ( Form Laporan, Etiket, Form lainnya)
13. Struktur Organisasi dan uraian tugas
14. Daftar ketenagaan yang bekerja di apotek
15. Surat Kuasa bermeterai Rp. 6.000
16. Foto copi KTP yang diberi kuasa
17. OSS → oss.go.id
18. SLF → Sertifikat Laik Fungsi

Demikian permohonan ini kami ajukan dalam rangkap 2 (dua) dan kami bertanggung jawab atas kebenaran data dan syarat-syarat terlampir. Atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Sleman,  
Pemohon

(.....)

**MAP HIJAU**