

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin
rekomendasi pendirian
calon apotek.....

Kepada Yth.

Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Sleman

Di

SLEMAN

Dengan Hormat,

Bersama surat ini, saya yang bertandatangan di bawah ini

Nama :
Tempat tanggal lahir :
Lulusan :
No. SP/STRA :
Alamat :
No. Telp :

Dengan ini mengajukan permohonan surat rekomendasi untuk pendirian apotek

Nama Apotek :
Alamat :
PSA :
Alamat PSA :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Foto copi KTP APA (Apoteker pengelola Apotek) & Apoteker pendamping)
2. Foto copi ijazah profesi apoteker
3. Foto copi STRA (Surat Tanda Registrasi Apoteker) APA & Aping
4. Foto copi SIPA (Surat Izin Praktik Apoteker) APA & APING
5. Surat pengantar/rekomendasi dari IAI Cabang Sleman
6. Akta Perjanjian kerjasama antara APA (Apoteker Pengelola Apotek) dan PSA (Pemilik Sarana Apotek) apabila bekerjasama dengan pihak lain.
7. Denah lokasi dan denah ruang pelayanan calon apotek
8. Studi kelayakan apotek yang tanda tangani antara APA dan PSA
9. Perlengkapan administrasi (Form Laporan, Etiket, Form lainnya)
10. Daftar peralatan apotek
11. Daftar Obat Generik Berlogo
12. Standart Operation Prosedur yang ditandatangani oleh apoteker penanggungjawab apotek
13. Struktur Organisasi dan uraian tugas
14. Daftar ketenagaan yang bekerja di apotek
15. Surat pernyataan bermeterai 6.000 untuk mematuhi dan bersedia melengkapi persyaratan penyelenggaraan apotek.
16. OSS → oss.go.id
17. SLF → Sertifikat Laik Fungsi

Demikian permohonan ini kami ajukan dan kami bertanggung jawab atas kebenaran data dan syarat-syarat terlampir.

Atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

(.....)

MAP HIJAU