

Hal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)
 Di Fasilitas Distribusi / Penyaluran

Yang terhormat,
 Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tegal
 Di
 SLAWI

Dengan hormat,
 Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap dan gelar :
 NIK :
 Tempat, tanggal lahir :
 Alamat Rumah :
 Nomor handphone :
 NPWP :
 E-mail :
 No. STRA :
 Masa berlaku STRA sampai : (tanggal/bulan/tahun)
 Pendidikan terakhir :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) di Fasilitas Distribusi/Penyaluran sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin kerja Tenaga Kefarmasian, pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian :
 Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotokopi STRA (dengan menunjukan STRA asli) 1 lembar ;
- b. Fotokopi KTP 1 lembar;
- c. Fotokopi NPWP 1 lembar;
- d. Asli surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi (materai 10.000) 1 lembar (Form-11);
- e. Asli surat keterangan dari pimpinan sarana dengan kop dan stempel sarana 1 lembar (Form-14) ;
- e. Asli surat rekomendasi dari organisasi profesi 1 lembar ;
- f. Pas foto ukuran 3x4 sebanyak 2 lembar ;
- g. Asli SIPA lama (untuk pengajuan perpanjangan SIPA) 1 lembar .

Seluruh persyaratan dibuat rangkap 2 (1 untuk Dinkes, 1 untuk arsip pribadi) dan dimasukkan ke dalam map kuning bertuliskan nama lengkap dan nomor HP.

Demikian , atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimakasih.

.....,
 Pemohon,

Materai 10.000
 (.....)