

Hal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin Praktek Apoteker ( SIPA )  
Di Fasilitas Produksi

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 Produksi 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  
( ..... )