

Hal : Permohonan Rekomendasi Surat Izin Apotek (SIA) 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, Apoteker dan Pemilik;
4. Daftar prasarana, sarana, dan peralatan (Form-17);
5. Daftar SDM di apotek (farmasi dan non farmasi) dengan melampirkan fotokopi KTP, Ijazah, STR dan SIP (Form-18);
6. Asli Surat Pernyataan dari APA bahwa tidak bekerja sebagai Penanggungjawab di apotek lain (bermaterai Rp.10.000,-) (Form-19);
7. Asli surat izin atasan bagi pemohon PNS, Anggota ABRI, dan pegawai instansi lainnya (dengan kop dan stempel basah) (Form-13);
8. Asli Surat Keterangan Sehat Fisik dan Mental dari RS pemerintah;
9. Asli Surat Pernyataan Apoteker dan Pemilik Sarana tidak terlibat pelanggaran perundang-undangan di bidang obat (bermaterai Rp.10.000,-) (Form-20);
10. Fotokopi denah ruangan yang mencantumkan detail letak sarana dan prasarana beserta keterangannya;
11. Fotokopi denah lokasi apotek terhadap apotek di sekitarnya lengkap dengan keterangannya;
12. Fotokopi Laik Sehat;
13. Asli rekomendasi IAI.

Seluruh persyaratan dibuat rangkap 2 (asli untuk Dinkes, salinan untuk arsip Pemohon) dan dimasukkan ke dalam map hijau bertuliskan nama sarana dan nomor HP.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon

Materai 10.000

.....