

Perihal : **Permohonan Surat Izin Apoteker
/Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)**

Kepada Yth :
Kepala DPM & PTSP Kota Banjarbaru
Di-
Banjarbaru

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Pendidikan Terakhir :
Lulusan /Tahun lulusan :
Alamat Rumah :
Tempat Bekerja :
Telpon :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) pada
(sebut nama sarana kefarmasian, alamat, nama kota) sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 31 Tahun 2016 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

Sebagai bahan pertimbangan terlampir :

1. Fotocopy e-KTP
2. Fotocopy STRA
3. Fotocopy Ijazah apoteker
4. Fotocopy Lolos Butuh/Pengantar Mutasi
5. Fotocopy sertifikat kompetensi Apoteker yang masih berlaku
6. Rekomendasi dari IAI cabang Banjarbaru (asli)
7. Surat keterangan sehat dan tidak buta warna
8. Surat Izin atasan bagi PNS/TNI/Pegawai Swasta
9. Surat Keterangan tidak bekerja lagi dilingkungan dimana asal apoteker bekerja (jika sebelumnya sebagai APA & Surat Pengunduran diri)
10. Photo berwarna 4 x 6 sebanyak 2 lembar
11. Surat Kuasa Bermaterai apabila pengurusan izin bukan ybs (dilengkapi Fc eKTP Pemberi dan Penerima Kuasa)

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

.....,

Yang memohon

(.....)

NB: Syarat di scan satu persatu dalam format **PDF** (< 15 mb) dan di upload pada website : **intanbjb.banjarbarukota.go.id**