

## FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

*(Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf cetak atau diketik)*

Nomor : .....  
Lampiran : 1 (satu) bendel  
Perihal : **Permohonan Pendaftaran  
Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)**

Batu,.....  
Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kota Batu  
di  
**B A T U**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Tempat & tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
No. Telp/HP : .....  
Nama Tempat Bekerja : .....  
Alamat Tempat Bekerja : .....  
No. STRA : .....

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan :

- Izin Praktik Apoteker Baru**       1  2  3  
 **Izin Praktik Apoteker Perpanjangan**

Demikian Surat Permohonan ini, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pemohon

(.....)

**Keterangan :**

- Beri tanda conteng untuk yang dimaksud*

## **PERSYARATAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**

1. Mengisi formulir permohonan pendaftaran
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) Pemohon.
3. Fotokopi Surat Izin Apotek (SIA) yang masih berlaku.
4. Fotokopi STRA yang **dilegalisir** oleh KFN (Komite Farmasi Nasional) dengan menunjukkan STRA yang Asli.
5. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/penyaluran.
6. Surat Persetujuan dari atasan langsung bagi apoteker yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian.
7. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
8. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 sebanyak 5 (lima) lembar berlatar belakang merah.
9. Surat Pernyataan permintaan SIPA untuk tempat pekerjaan kefarmasian pertama.
10. Fotokopi SIPA yang habis masa berlakunya (**untuk perpanjangan**)
11. Surat Kuasa bermaterai dan Fotokopi KTP Penerima Kuasa **jika dikuasakan kepengurusannya**
12. Berkas rangkap 2 (dua)