



Formulir 9

.....,20.....

Hal: Permohonan memperoleh Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK)

Kepada Yth,
Bapak Bupati Bangli
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Di –
Bangli

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,

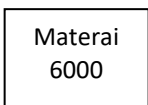
Nama Lengkap :
No.STRTTK :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Lulusan : SMF/D3 Farmasi/Sarjana Farmasi*
Tahun Lulusan :
Alamat Rumah :
Telp :
Nama sarana ke-1 :
Alamat :
Nama sarana ke-2 :
Alamat :
Nama sarana ke-3 :
Alamat :
Nomor Hp :
E-mail :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK) sesuai Peraturan menteri Kesehatan No.889/MENKES/PER/2011 tentang Registrasi, izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Surat Permohonan bermeterai Rp.6000.
- b. Foto Copy KTP
- c. Foto copy NPWP.
- d. Foto copy STRTTK;
- e. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian**;
- f. Surat rekomendasi dari organisasi yang menghimpun tenaga teknis kefarmasian; dan
- g. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3 x 4 sebanyak 2 (dua) lembar;
- h. Rekomendasi Dari Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bangli.

Demikian, atas dan perkenannannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,



(.....)
Nama terang

A23Hal: Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga* Si Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Kepada Yth,
Bapak Bupati Bangli
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Bangli
Di –

Bangli
Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
Nomor Handphone :
E-mail :
No. STRA :
Masa berlaku STRA sampai :
Pendidikan terakhir :(tanggal/bulan/tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga* 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 :

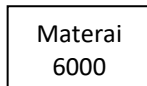
Kefarmasian, pada :
Nama Fasilitas Kefarmasian :
Alamat :
Waktu Praktik**) : Hari :
Jam :s.d
Jam :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Surat Permohonan Bermaterai 6000
- b. Foto copy KTP
- c. Foto copy NPWP
- d. Foto copy STRA dengan menunjukkan STRA asli;
- e. Surat pernyataan mempunyai tempat praktek profesi/ surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan Kefarmasian
- f. Surat persetujuan atasan langsung
- g. Surat rekomendasi atau organisasi profesi
- h. Pas Foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar
- i. Foto copy SIPA kesatu (untuk mengajukan SIPA Kedua dan Ketiga)
- j. Foto copy SIPA Kedua (untuk pengajuan SIPA ketiga)
- k. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bangli.

Demikian, atas dan perkenannannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,



(.....)
Nama Lengkap

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi

* Diisi sesuai dengan permohonan

** Jika praktik dilaksanakan pada setiap hari pada waktu yang sama, cukup disebutkan setiap hari dan disebutkan waktunya dari jam berapa sampai dengan jam berapa. Jika praktik dilaksanakan tidak setiap hari sebutkan hari praktik dan waktu praktik.



Formulir 9

.....,.....20.....

Hal: Permohonan memperoleh Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)

Kepada Yth,
Bapak Bupati Bangli
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Di –
Bangli

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

No.STRTTK :

Tempat, Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Lulusan : SMF/D3 Farmasi/Sarjana Farmasi*

Tahun Lulusan :

Alamat Rumah :

Telp :

Nama sarana ke-1 :

Alamat :

Nama sarana ke-2 :

Alamat :

Nama sarana ke-3 :

Alamat :

Nomor Hp :

E-mail :

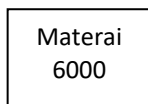
Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) sesuai Peraturan menteri Kesehatan No.889/MENKES/PER/2011 tentang Registrasi, izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Surat Permohonan bermeterai Rp.6000.
- b. Foto Copy KTP
- c. Foto copy NPWP.
- d. Foto copy STRTTK;
- e. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian**;
- f. Surat rekomendasi dari organisasi yang menghimpun tenaga teknis kefarmasian
- g. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3 x 4 sebanyak 2 (dua) lembar;
- h. Rekomendasi Dari Dinas Kesehatan Kab. Bangli.

Demikian, atas dan perkenannannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,



(.....)
Nama terang