PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40 Pangkajene Telp.(0410) 22008 KP. 90611

PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) MANDIRI

Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Pangkep
di -
Pangkajene

Yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker Mandiri sesuai dengan Undang Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Nomor KTP	:	
Nama Lengkap	:	
Alamat Rumah	:	
Nomor Telp/HP	:	
Tempat/Tgl Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	☐ Laki-laki ☐ Perempuan
No. STRA	:	
STRA Berlaku s/d	:	
Tempat Bekerja	:	
Tempat Praktek	:	
Alamat Praktek	:	
Email	:	
Kode Pos	:	

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1 Surat Permohonan Bermaterai 10000 (1 Lembar)
2 Foto Copy KTP Permohonan (2 Lembar);
3 Foto Copy IMB (1 lembar);
4 Foto Copy PBB Yang Telah Lunas;
5 Pas Fot Berwarna Ukuran 4x6 (3 Lembar);
6 Foto Copy STR;
7 Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama;
8 Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
9 Foto Copy NIB (OSS)
10 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep.
Persyaratan untuk mendapatkan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain :
a. Surat Tanda Registrasi Apoteker
b. Surat Izin Atasan bagi PNS, Anggota ABRI dan Karyawan Instansi Pemerintah Khusus yang mandiri
c. Surat Keterangan berbadan sehat
d. Surat pernyataan taat pada Peraturan Perundang-Undangan yang berlaku
e. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau Surat Keterangan dari Pimpinan Fasilitas Pelayanan kesehatan

Demikian permohonan ini diajukan dan atas persetujuannya diucapkan terima kasih.

.....,.....

P e m o h o n,

MATERAI 10000

.....