



PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40, Tumampua, Pangkajene, Pangkajene Kepulauan, Sulawesi Selatan 90614
Website : <https://dpmpstsp.pangkepkab.go.id> email : ptsp.kab.pangkajene@gmail.com

PERMOHONAN SURAT IZIN APOTEK

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 Apotek sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1332/MENKES/X/2002 tentang ketentuan dan tata cara pemberian Izin Apotik.

Nomor KTP	:	
Nama Pemohon	:	
Alamat Rumah & No. Telp	:	
Tempat/Tgl Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Nomor SIPA	:	
Nama Apotek	:	
Alamat Apotek	:	
Kecamatan	:	
Menggunakan Sarana	:	
Nama Pemilik Sarana	:	
Akte Perjanjian	:	
Nomor	:	
Tanggal	:	
Notaris	:	
Alamat Notaris	:	
Permohonan Izin	:	☐ Baru ☐ Perpanjangan ☐ Perubahan
Email	:	
Kode Pos	:	

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan (1 Lembar);
2. Foto Copy KTP Setempat (2 Lembar);
3. Foto Copy IMB (2 Lembar);
4. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
5. Foto Copy SIUP / NIB (OSS)
6. Foto Copy PBB yang lunas
7. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama;
8. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep;
 - a. Foto Copy SIKTTK (Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian);
 - b. Denah Lokasi Bangunan Apotik dan Denah Situasi Apotek (2 Lembar);
 - c. Surat Izin Atasan (Bagi Pemohon PNS, Anggota ABRI dan Karyawan Instansi Pemerintah (2 Lembar);
 - d. Surat Pernyataan Pemilik sarana Apotek (PSA) tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundang-Undangan;
 - e. Surat pernyataan penanggungjawab sarana tidak pernah melakukan pelanggaran Perundang-Undangan sesuai dengan Profesi dan aturan lainnya;
 - f. Surat Perjanjian Kerja Sama antara PSA dengan penanggungjawab dari Notaris;
 - g. Surat Perjanjian Kerja Sama antara PSA dengan Asisten Apoteker;
 - h. Surat Keterangan Apoteker bahwa tidak bekerja pada Perusahaan Farmasi Lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek (APA) di Apotek lain (2 Lembar);

Syarat tersebut akan divisitasi oleh Bidang Bina Pelayanan Kesehatan (Seksi POM dan Farmasi)
Demikian Permohonan ini diajukan dan atas Persetujuannya diucapkan terima kasih.

P e m o h o n,