



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://dpmpstp.pangkepkab.go.id> email : ptsp.kab.pangkajene@gmail.com

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 (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 ,