

Perihal : Permohonan Surat Izin  
Praktik Apoteker (SIPA)  
Kesatu/Kedua/Ketiga \*)  
di Fasilitas Pelayanan  
Kefarmasian

Kepada Yth,  
Kepala Dinas Penanaman Modal  
Kabupaten Bengkulu Utara

di -

Arga Makmur

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, tanggal lahir : .....  
Alamat Rumah : .....  
Telepon : .....  
Nomor Handphone : .....  
E-mail : .....  
No. STRA : .....  
Masa berlaku STRA s.d : ..... (tgl, bulan, tahun)  
Pendidikan terakhir : .....  
No NPWP : .....

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:

Nama Fasilitas Kefarmasian : .....  
Alamat : .....  
Waktu Praktik Hari : .....  
Jam : .....s.d.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. Fotocopy Ijazah dilegalisir;
- b. Fotocopy STRA dilegalisir;
- c. Fotocopy KTP;
- d. Pas Foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 3 (tiga) lembar;
- e. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian;
- f. Surat persetujuan dari atasan langsung;
- g. Surat rekomendasi Organisasi Profesi;
- h. Fotocopy SIPA kesatu (untuk pengajuan SIPA kedua dan ketiga);
- i. Fotocopy SIPA kedua (untuk pengajuan SIPA ketiga);
- j. Copy NPWP
- k. Copy BPJS
- l. Surat Rekomendasi Dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkulu Utara

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

..... 2020  
Pemohon,

(.....)  
Nama Lengkap

