Hal : **Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)         Kesatu/Kedua/Ketiga\*)**

Yang terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kab. Bolaang Mongondow Selatan

di-

Bolaang Uki

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : ...............................................................................

Tempat, tanggal lahir : ...............................................................................

Alamat Rumah : ...............................................................................

Telepon : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

No. STRTTK : ...............................................................................

Masa berlaku STRTTK sampai : ............................................(tanggal/bulan/tahun) Pendidikan terakhir : ...............................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK) 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 :

1. Fotokopi STRTTK dengan menunjukkan STRTTK asli
2. Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian
3. Surat persetujuan dari atasan langsung
4. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
5. Surat rekomendasi Dinas Kesehatan
6. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (dua) lembar
7. Fotokopi KTP, NIB dan NPWP

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Pemohon,

(………………………….)

*Tembusan :*

*1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bolaang Mongondow Selatan*

\*) : 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

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/ FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI\*)

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap : ...............................................................................

Jabatan : ...............................................................................

Nama Fasilitas Kefarmasian : ...............................................................................

Alamat Fasilitas Kefarmasian : ...............................................................................

Telepon : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap : ...............................................................................

Tempat, tanggal lahir : ...............................................................................

Alamat Rumah : ...............................................................................

Telepon : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

No. STRTTK : ...............................................................................

Masa berlaku STRTTK sampai : ............................................(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Apoteker di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

………………………………..

Yang membuat keterangan,

(………………………….…..)

Nama Lengkap

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertandatangan di bawah ini ,

Nama Lengkap : ...............................................................................

Jabatan : ...............................................................................

Nama Instansi/Fasilitas : ...............................................................................

Alamat Instansi/Fasilitas : ...............................................................................

Telepon : ...............................................................................

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap : ...............................................................................

Tempat, tanggal lahir : ...............................................................................

Alamat Rumah : ...............................................................................

Telepon : ...............................................................................

Nomor Handphone : ...............................................................................

E-mail : ...............................................................................

No. STRTTK : ...............................................................................

Masa berlaku STRTTK sampai : ............................................(tanggal/bulan/tahun)

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis Kefarmasian pada :

Nama Fasilitas Kefarmasian : ...............................................................................

Alamat : ...............................................................................

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIPTTK.

………………………………..

Yang membuat keterangan,

(………………………….…..)

Nama Lengkap

**CHEK LIST KELENGKAPAN SIP-TTK**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Pemohon | : |  |
| Alamat | : |  |
| Nama Usaha | : |  |
| No. Berkas/Tanggal | : |  |
| No. HP/E-mail | : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | LAMPIRAN PERSYARATAN | URAIAN | | KETERANGAN |
| ADA | TIDAK |
| **BARU :** | | | | |
| 1. | Surat permohonan |  |  |  |
| 2. | Fotokopi STRTTK yang masih berlaku dan dilegalisasi asli |  |  |  |
| 3. | Surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian |  |  |  |
| 4. | Surat persetujuan atasan langsung |  |  |  |
| 5. | Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar |  |  |  |
| 6. | Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan |  |  |  |
| 7. | Rekomendasi dari Organisasi Profesi |  |  |  |
| 8. | Fotokopi KTP, NIB dan NPWP |  |  |  |
| **PERPANJANGAN :** | | | | |
| 1. | Surat Izin Lama |  |  |  |
| 2. | Fotokopi STRTTK yang masih berlaku dan dilegalisasi asli |  |  |  |
| 3. | Rekomendasi dari kepala dinas kesehatan |  |  |  |
| 4. | Pas foto terbaru dan berwarna dengan ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 (dua) lembar |  |  |  |

**Diterima**

**Ditunda/Dilengkapi Berkas**

**Ditolak**

|  |  |
| --- | --- |
| Kepala Seksi Pelayanan  Perizinan dan Non Perizinan  (*paraf*) | Catatan : |
| Kepala Bidang PTSP  (*paraf*) | Catatan : |