PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK)

Lampiran : 1 bendel

Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis

 Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga \*)

Kepada:

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bantul

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ............................................................................... |
| Tempat, tanggal lahir | : | ............................................................................... |
| Alamat Rumah | : | ............................................................................... |
| Telepon | : | ............................................................................... |
| Nomor Handphone (Whatsapp) | : | ............................................................................... |
| 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 (SIPTTK) 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 Tempat : ……………………………………………………….

PraktikAlamat : ……………………………………………………….

Waktu Praktik\*\*) : Hari : ………………………………………………

  Jam : ……….. …..s.d. ………………………….

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Nomor Induk Kependudukan (NIK);
2. surat pernyataan domisili bermaterai (bagi yang alamat NIK tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal dan jarak tempuh tidak dimungkinkan untuk dilaju);
3. STRTTK yang masih berlaku;
4. Ijazah Tenaga Teknis Kefarmasian;
5. surat pernyataan Apoteker atau pimpinan tempat pemohon melaksanakan pekerjaan kefarmasian;
6. surat persetujuan dari atasan langsung;
7. surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan;
8. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek;
9. pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 (dengan format jpeg); dan
10. SIPTTK Kesatu (untuk pengajuan SIPTTK Kedua), SIPTTK Kesatu dan Kedua (untuk pengajuan SIPTTK Ketiga).

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

………………., …….…….

 Pemohon,

…………………………….

SURAT KETERANGAN PIMPINAN

 FASILITAS PELAYANAN KEFARMASIAN/

FASILITAS PRODUKSI/FASILITAS DISTRIBUSI\*)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : ………………………………………………………

Jabatan : ………………………………………………………

Nama Fasilitas Kefarmasian : ………………………………………………………

Alamat Fasilitas Kefarmasian : ………………………………………………………

Telepon/HP (Whaatsapp) : ………………………………………………………

E-mail : ………………………………………………………

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima:

Nama Lengkap : ………………………………………………………

Tempat, tanggal lahir : ………………………………………………………

Alamat Rumah : ………………………………………………………

Telepon/HP : ………………………………………………………

E mail : ………………………………………………………

Nomor STRTTK : ………………………………………………………

Masa Berlaku STRTTK sampai : ………………………………………………………

untuk bekerja sebagai Tenaga Teknis kefarmasian di Fasilitas yang saya pimpin.

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

……………....., ………………. …..

Yang membuat keterangan,

………………………………………..

|  |
| --- |
| 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.

………….., ……………………...

…………………………………..

**SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………………………………………..…………..

NIK : ………………………………………………….………………

Jenis Kelamin : ………………………………………………………………….

Tempat tanggal lahir : ………………………………………………………………….

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

Alamat Email : ………………………………………………………………….

Nomor HP (WA) : ………………………………………………………………….

Nomor STR : ………………………………………………………………….

Dengan ini menyatakan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 / 2 / 3 di lokasi sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | ALAMAT PRAKTIK | HARI | JAM |
|  |  |  |  |

1. SIP yang sudah di miliki :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | Alamat Praktek | Surat Ijin Praktek | Hari / Jam |
| No / Tgl | Berlaku s/d | Pejabat |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Bahwa jam praktik tidak bersamaan waktu / jam praktik antar SIP (SIP 1/2/3)

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan apabila ada pernyataan yang tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan di kenakan sanksi sesuai dengan aturan yg berlaku.

Bantul,

Mengetahui

 Kepala Fasyankes Pemohon

 Meterai

 ………………………… ……..……….