Hal : **Permohonan Pengajuan Surat Izin Praktik** 

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap & gelar :

NIK :

Tempat tanggal lahir :

Alamat sesuai KTP :

Alamat Domisili (jika ada) :

No HP (Whatsapp aktif) :

Email :

No STR :

Masa Berlaku STR :

Pendidikan terakhir :

Jenis Tenaga Kesehatan :

Dengan ini mengajukan permohonan Pengajuan Surat izin praktik Kesatu/Kedua/Ketiga\*, pada :

Nama tempat Praktik :

Alamat :

Jadwal Praktik Tenaga Kesehatan : Hari :……………….

 Jam :………………..

Jadwal Operasional Tempat Praktik: Hari :……………….

 Jam :………………..

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi KTP
2. Fotokopi STR **(Khusus Dokter/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis melampirkan STR Salinan Asli 1/2/3)**
3. Fotokopi Ijazah
4. Surat Pernyataan dari Pimpinan Fasyankes tempat Praktik
5. Surat persetujuan dari Atasan langsung bagi Tenaga Kesehatan yang bekerja pada instansi / Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
6. Pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar **(Bukan Foto Selfie)**
7. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki izin praktik
8. Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP)
9. Print out surat keterangan SDMK dari aplikasi SI-SDMK **(Faskes Baru tidak wajib melampirkan)**
10. Fotokopi SIP yang sudah dimiliki dan masih berlaku

**(contoh : Fotokopi SIP pertama jika mengajukan SIP kedua dan Fotokopi SIP pertama dan kedua jika mengajukan SIP ketiga)**

1. Bukti kecukupan SKP dan surat pernyataan kecukupan SKP (**bermaterai Rp 10.000)**

(jika perpanjangan SIP dengan menggunakan STR seumur hidup)

Demikian Permohonan ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan Terima kasih.



Hal : **Permohonan Revisi Surat Izin Praktik** 

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap & gelar :

NIK :

Tempat tanggal lahir :

Alamat sesuai KTP :

Alamat Domisili (jika ada) :

No HP (Whatsapp aktif) :

Email :

Jenis Tenaga Kesehatan :

Dengan ini mengajukan permohonan revisi Surat izin praktik yaitu *(sebutkan bagian yang akan di revisi)* :

| Sebelum direvisi | Revisi |
| --- | --- |
| 1. | 1. |
| 2. | 2. |

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Dokumen pendukung revisi SIP

a. Fotokopi Ijazah untuk revisi nama/gelar/tanggal lahir

b. Fotokopi STR untuk revisi nomor STR dan masa Berlaku SIP

c. Surat keterangan jadwal praktik dari pimpinan faskes untuk revisi jadwal praktik

1. Surat keterangan alamat praktik dari pimpinan faskes untuk revisi alamat praktik
2. Fotokopi KTP untuk revisi alamat

2. Pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 1 lembar

3. SIP asli yang akan direvisi

Demikian permohonan ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.



Hal : **Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik** 

 Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap & gelar :

NIK :

Tempat tanggal lahir :

Alamat sesuai KTP :

Alamat Domisili (jika ada) :

No HP (Whatsapp aktif) :

Email :

Jenis Tenaga Kesehatan :

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat ijin praktik pada :

Nama tempat Praktik :

Alamat :

Jam Praktik (hari dan jam praktik) :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Surat pernyataan dari pimpinan faskes yang menyatakan bahwa yang bersangkutan sudah tidak bekerja lagi di faskes tersebut

2. SIP asli yang akan di cabut

Demikian Permohonan ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan Terima kasih.



**FORM KHUSUS PENCABUTAN SIPA**

Surat Izin Praktik **Apoteker**

Hal : Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik 

 Apoteker (SIPA) **pada Faskes Tutup**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap & gelar :

NIK :

Tempat tanggal lahir :

Alamat sesuai KTP :

Alamat Domisili (jika ada) :

No HP (Whatsapp aktif) :

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat ijin praktik Apoteker (SIPA) pada :

Nama tempat Praktik :

Alamat :

Jam Praktik (hari dan jam praktik) :

Jabatan (APJ/Apt. Pendamping) :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Permohonan Pencabutan SIPA
2. Surat pernyataan dari Pemilik faskes yang menyatakan bahwa yang bersangkutan sudah tidak bekerja lagi di faskes tersebut
3. SIPA asli yang akan di cabut
4. Surat Keterangan hasil verifikasi pengamanan perbekalan Farmasi dari Subkoordinator Kefarmasian dan Perbekalan Kesehatan.

Demikian Permohonan ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan Terima kasih.





Hal : Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik

 Apoteker (SIPA) **Pergantian Penanggung Jawab**

 Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap & gelar :

NIK :

Tempat tanggal lahir :

Alamat sesuai KTP :

Alamat Domisili (jika ada) :

No HP (Whatsapp aktif) :

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat ijin praktik Apoteker (SIPA) pada :

Nama tempat Praktik :

Alamat :

Jam Praktik (hari dan jam praktik) :

Jabatan (APJ/Apt. Pendamping) :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

* 1. Surat Permohonan Pencabutan SIPA
	2. Surat pernyataan dari pimpinan faskes yang menyatakan bahwa yang bersangkutan sudah tidak bekerja lagi di faskes tersebut
	3. SIPA asli yang akan di cabut
	4. Fc Berita acara serah terima peralihan tanggung jawab pelayanan farmasi
	5. Fotocopi SIA Baru

Demikian Permohonan ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan Terima kasih.





Hal : Permohonan Pencabutan **Surat Izin Praktik**

 **Apoteker (SIPA) Kedua/Ketiga**

 Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap & gelar :

NIK :

Tempat tanggal lahir :

Alamat sesuai KTP :

Alamat Domisili (jika ada) :

No HP (Whatsapp aktif) :

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat ijin praktik Apoteker (SIPA) pada :

Nama tempat Praktik :

Alamat :

Jam Praktik (hari dan jam praktik) :

Jabatan (APJ/Apt. Pendamping) :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Permohonan Pencabutan SIPA
2. Surat pernyataan dari pimpinan faskes yang menyatakan bahwa yang bersangkutan sudah tidak bekerja lagi di faskes tersebut
3. SIPA asli yang akan di cabut
4. Surat persetujuan Cabut SIPA dengan mengetahui Pemilik Faskes dan Apoteker Penanggung Jawab

Demikian Permohonan ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan Terima kasih.



Hal : Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik 

 Apoteker (SIPA) pada **Industri Kefarmasian**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap & gelar :

NIK :

Tempat tanggal lahir :

Alamat sesuai KTP :

Alamat Domisili (jika ada) :

No HP (Whatsapp aktif) :

Email :

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat ijin praktik Apoteker (SIPA) pada :

Nama tempat Praktik :

Alamat :

Jam Praktik (hari dan jam praktik) :

Jabatan (APJ/Apt. Pendamping) :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Permohonan Pencabutan SIPA
2. Surat pernyataan dari pimpinan yang menyatakan bahwa ybs sudah tidak bekerja lagi di faskes tsb
3. SIPA asli yang akan di cabut
4. Surat persetujuan Cabut SIPA dengan mengetahui Pimpinan dan Apoteker Penanggung Jawab

Demikian Permohonan ini dibuat, atas perhatiannya diucapkan Terima kasih.

