Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK)

Yang terhormat,

Bapak Kepala Dinas Penanaman Modal PelayananTerpadu

dan Perindustrian Kab Padang Pariaman

di

Pariaman.

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

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

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

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

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

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

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

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

Pendidikan terakhir : ...............................................................................

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

Yang ke ...................... sebagai ...............................................

pada:

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

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

a. fotokopi STRTTK dilegalisir dengan menunjukkan STRA asli;

b. surat pernyataan dari pimpinan sarana ;

c. surat persetujuan atasan langsung (jika sebagai PNS/TNI/POLRI/BUMN/BUMD);

d. surat rekomendasi dari organisasi profesi; dan

e. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.

F. fc SIPA KE I/KE II (jika sudah ada)

G. Surat Pernyataan telah memiliki tempat praktek profesi (utk pengurusan SIPTTK II )

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

materai

(………………………….…..)

Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI**

Yang bertandatangan di bawah ini ,

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

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

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

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

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

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

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah/belum memiliki tempat praktik profesi tenaga Teknis Kefarmasian pada :

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

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

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

Nama Kota, tanggal bulan tahun

Yang membuat pernyataan,

Materai

(………………………….…..)

Nama Lengkap

KOP

**SURAT PERNYATAAN PIMPINAN SARANA**

Yang bertandatangan di bawah ini ,

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

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

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

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

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

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

Dengan ini menyatakan bahwa :

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

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

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

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

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

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

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

Bekerja disarana yang saya pimpin sebagai Apoteker .........................

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

Nama Kota, tanggal bulan tahun

Yang membuat keterangan,

Materai

(………………………….…..)

Nama Lengkap

c

KOP

**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 : ...............................................................................

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.

Nama Kota, tanggal bulan tahun

(………………………….…..)

Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENTAATI**

**PERATURAN PERUNDANG – UNDANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Bersedia mentaati peraturan perundang – undangan yang berlaku dalam bidang pelayanan kesehatan swasta.
2. Bersedia mentaati peraturan yang berlaku pada klinik/RS/BPM...

Demikian surat pernyatan ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

|  |  |
| --- | --- |
| Mengetahui pemilik sarana  Cap stempel | .............,  Yang membuat pernyataan  Materai Rp. 6.000  (...........................................) |