

Nomor :
Permohonan : Baru/Perpanjangan/Perubahan
Lampiran : 1 (satu) jepit
Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Apoteker (SIPA)/Surat Izin Kerja (SIK)*

.....
Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kab.Flotim

di.-
Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
No.STRA :
Pendidikan Terakhir :
Tempat Praktek/Kerja :
Alamat Praktek lain** : 1.....
2.....
Alamat Rumah :
Nomor HP :
E-mai :
No.Sertifikat Kompetensi :
Tgl. Sertifikat Kompetensi :

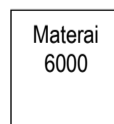
Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)/Surat Izin Kerja (SIK)* sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi,Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan :

1. Foto copy STRA yang dilegalisir oleh KFN ;
2. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik profesi atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kefarmasian atau dari pimpinan fasilitas produksi atau distribusi/penyaluran ;
3. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi
4. Foto copy KTP ;
5. Pas foto warna ukuran 4x6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar masing-masing untuk SIPA dan SIK
6. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Flores Timur

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Hormat Kami
Pemohon,



.....
Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Prov.Nusa Tenggara Timur

* : diisi sesuai permohonan (SIPA/SIK)

*: untuk SIPA sebagai Apoteker Pendamping

Materai
6000