Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga*) Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian				
Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Belu Di - <u>Atambua</u>				
Dengan Hormat,				
Yang bertanda tangan di bawah ini :				
Nama Lengkap Tempat / Tanggal Lahir	:			
Alamat Rumah	:			
Telepon	:			
Nomor Hp	:			
E-mail	:			
No. STRA	:			
Masa berlaku STRA sampai	:(tanggal/bulan/tahun)			
Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) Kesatu/Kedua/Ketiga*) pada :				
Nama Fasilitas Kefarmasian	:			
Alamat	:			
Waktu Praktik**)	:			
Hari	:			
Jam	:s.d			
Berpraktik Sebagai	: Apoteker Penanggung Jawab / Pendamping			
Sebagai bahan pertimbangan be a. STRA yang masih berlaku;	ersama ini kami lampirkan :			

b. Surat keterangan tempat praktik.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Atambua,
Pemohon
()

Tembusan:

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Belu

- * : di isi 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

KOP RESMI TEMPAT KERJA

CONTOH SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertandatangan di bawah ini :					
Nama Lengkap	:				
Jabatan	:				
Nama Fasilitas Kesehatan	:				
Alamat Fasilitas Kesehatan	:				
Telepon/ Nomor HP	:				
E-mail	:				
Dengan ini menerangkan bahwa :					
Nama Lengkap :					
Tempat, Tanggal Lahir :					
Alamat Rumah :					
Telepon/ Nomor HP :					
E-mail :					
No. STRA :					
Masa berlaku STRA :					
Benar-benar bekerja sebagai Apoteker di fasilitas yang saya pimpin.					
Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan					
persyaratan permohonan SIPA					
	Atambua,				
<-O/1/-	Tanda Tangan dan cap				
	()				

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertanda tangan d	li bawah ini :				
Nama Tempat Tanggal Lahir No. STR NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	:				
Menyatakan bahwa					
 Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggungjawabkan perbuatan kami secara hukum. 					
	Atambua,				
i Dr.					

SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

Yang bertanda tangan d	li bawah ini :			
Nama Tempat Tanggal Lahir Jenis Kelamin NIK Pekerjaan Alamat sesuai KTP	: : : : : Kelurahan/D	RTRWesa Kecamatan Provinsi		
Tempat Praktik/Kerja	: Kelurahan/D	esa Kecamatanelu, Provinsi Nusa Tenggara Timur		
Praktik Apoteker der saya bertanggung jawa Apabila dikemudian h sampaikan tidak benas	ngan ini saya r ab terhadap keal nari ditemukan r dan/atau ada	ri sendiri dalam rangka mengajukan Izin menyatakan dengan sesungguhnya bahwa bsahan dokumen/berkas yang diserahkan. bahwa dokumen/berkas yang telah saya pemalsuan/penipuan, maka saya bersedia tuan peraturan perundang-undangan yang		
Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.				
		Atambua, Pemohon		
		Materai 10.000		
		()		

A. PERSYARATAN IZIN PRAKTIK APOTEKER

- 1. Scan asli formulir permohonan yang ditujukan kepada Kepala DPMPTSP Kabupaten Belu yang sudah diisi dan ditandatangani;
- 2. Scan asli STRA;
- 3. Scan asli Surat keterangan tempat praktik;
- 4. Scan asli Surat persetujuan atasan langsung bagi Apoteker yang akan melaksanakan pekerjaan kefarmasian di fasilitas kefarmasian;
- 5. Scan asli Ijazah;
- 6. Scan asli KTP pemohon;
- 7. Scan asli Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik:
- 8. Pas foto terbaru dan berwarna latar belakang merah;
- 9. Scan asli Surat Pernyataan pemohon izin tentang kesanggupan memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan dan kebenaran dan keabsahan data/dokumen;

B. Sistem, mekanisme, dan prosedur:

- 1. Pemohon mendaftar di sistem <u>sicantik.go.id</u> untuk mendapatkan akun atau dapat dibantu oleh Aparatur Sipil Negara (ASN) di Front Office (FO) untuk pembuatan akun;
- 2. Pemohon masuk dengan memakai akun dari pemohon, mengupload persyaratan yang sudah discan asli atau dapat dibantu oleh ASN di FO menguploud persyaratan yang sudah discan asli;
- 3. ASN FO menerima dan memeriksa berkas, apabila belum lengkap dan benar, dikembalikan untuk dilengkapi dan/atau diperbaiki oleh pemohon, apabila sudah lengkap dan benar, dilanjutkan dengan proses entry data;
- 4. ASN Back Office (BO) menerima, memeriksa dan melakukan verifikasi dokumen, jika belum sesuai dikembalikan ke ASN FO untuk dilengkapi dan diperbaiki oleh pemohon jika sudah sesuai dilanjutkan dengan penetapan Izin;
- 5. ASN BO menerbitkan dokumen izin untuk diperiksa, apabila sudah benar dilanjutkan dengan penandatanganan oleh Kepala Dinas;
- 6. Kepala Dinas melakukan penandatanganan dilanjutkan;
- 7. ASN FO melakukan proses penyerahan.

Apabila mengalami kendala dapat menghubungi Call Center kami di 0813 3746 8173 atau melalui email foprijinan@gmail.com

C. Jangka waktu penyelesaian:

Jangka waktu penyelesaian Perizinan Non Perizinan Berusaha adalah paling lama 5 (lima) hari kerja setelah berkas persyaratan dinyatakan lengkap jika tanpa gangguan jaringan.

- D. Biaya/tarif: Tidak ada
- E. Produk pelayanan: Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA);
- F. Penanganan pengaduan, saran, dan masukan:
 - 1. Menggunakan Formulir;
 - 2. Melalui kotak pengaduan;
 - 3. Melalui Email <u>dpmptsppengaduan@gmail.com</u>; dan/atau SMS/WA dan/atau telepon di nomor 082146365595;
 - 4. Dibentuk Tim/petugas khusus penanganan pengaduan, saran, dan masukan.