Kop Apotek

Cheklist Verifikasi Kesesuaian Apotek

Pemenuhan Verifikasi Kesesuaian Apotek dan Toko Obat Pada OSS

1. Dokumen Denah Bangunan
2. Dokumen Sarana, Prasarana, dan Peralatan
3. Dokumen SDM
4. Dokumen Persyaratan lain

 Dokumen Denah Bangunan (scan, pdf asli)

1. PBG/IMB lengkap
2. Denah Bangunan

 Dokumen Sarana Prasarana dan Peralatan (scan, pdf asli)

1. Pembagian Ruang Apotek
2. Papan nama Apotek
3. Kondisi sarana terpelihara dengan baik disertai foto
4. Bukti tera timbang

 Dokumen SDM (scan, pdf asli)

1. Struktur Organisasi tertinggi adalah Apoteker bagi apotek dan TTK bagi TO:
   - Apoteker Penanggungjawab
   - Direktur (Non Perseorangan)
   - Apoteker lain dan/atau TTK Asisten TK dan/Atau Adm
2. SIPA/TTK Penanggungjawab
3. STRA/STRTTK Penanggungjawab
4. KTP Penanggungjawab
5. Uraian tugas, wewenang dan tanggungjawab masing-masing SDM

 Dokumen Persyaratan lain **(scan, pdf asli)**

APOTEK PENGAJUAN BARU

1. Surat Permohonan Verifikasi Lapangan Penilaian Kesesuaian Apotek dari Apoteker
2. Surat Perjanjian Kerja Sama antar pelaku usaha dengan Apoteker (apabila Apoteker bukan pelaku usaha)
3. Surat Pernyataan komitmen untuk melakukan pelaporan self-assessment tahunan dan pelaporan Pelayanan Kefarmasiaan setiap bulan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional;
4. Surat pernyataan komitmen untuk melaksanakan pelaporan pelayanan narkotika dan psikotropika setiap bulan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
5. KTP Pelaku Usaha
6. Screenshot Peta Lokasi usaha melalui google maps dibuktikan dengan Pin merah Melampirkan titik kordinat longitude dan latitude, mencantumkan Alamat Sarana lengkap
7. Penapisan Lingkungan dari amdal.net

APOTEK PERUBAHAN DATA

1. Surat Permohonan Verifikasi Lapangan Penilaian Kesesuaian Apotek dari Apoteker
2. Surat Perjanjian Kerja Sama antar pelaku usaha dengan Apoteker (apabila Apoteker bukan pelaku usaha)
3. Surat Pernyataan komitmen untuk melakukan pelaporan self-assessment tahunan dan pelaporan Pelayanan Kefarmasiaan setiap bulan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional;
4. Surat pernyataan komitmen untuk melaksanakan pelaporan pelayanan narkotika dan psikotropika setiap bulan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
5. Laporan SIPNAP, Self assessment SIMONA tahunan dan yanfar bulanan terbaru.

6. KTP Pelaku Usaha
7. Screenshot Peta Lokasi usaha melalui google maps dibuktikan dengan Pin merah Melampirkan titik kordinat longitude dan latitude, mencantumkan Alamat Sarana lengkap
8. Penapisan Lingkungan dari amdal.net

Hal: **Permohonan Verifikasi Lapangan Penilaian Kesesuaian Apotek**

Kop Apotek

Kepada,
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Tulungagung
di-
TULUNGAGUNG

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Penanggung Jawab Sarana	:
No. KTP	:
Alamat	:
NPWP	:
No. STR	:
Masa Berlaku STR	:

Bermaksud mengajukan Permohonan Verifikasi Kesesuaian Apotek/Toko Obat untuk **Permohonan Baru/Perpanjangan/Perubahan (PJ, Pemilik, Alamat, Nama Apotek) Apotek)**, pada :

Nama Sarana	:
Alamat Sarana	:
Telp/WA	:
Email	:
No. SIP	:
Masa Berlaku SIP	:
Jam Operasional	:

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

a. Perjanjian Kerjasama dengan Apoteker (**bagi Apoteker bukan pelaku usaha);**
b. Scan Asli STR dan SIP;
c. Scan Asli KTP APJ dan PSA;
d. Scan Asli NPWP;
e. Scan Asli Peta lokasi ;
f. Scan Asli IMB/PBG dan Denah Bangunan;
g. Scan Asli Daftar SDM dan Struktur Organisasi;
h. Scan Asli Daftar Sarana, Prasarana, dan Peralatan.
i. Surat Pernyataan
j. Scan Asli laporan terakhir SIPNAP, SIMONA terbaru (Perubahan data)

Demikian surat permohonan saya buat, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terimakasih.

Tulungagung, dd/mm/yyyy
Penanggung Jawab Sarana

(Nama Lengkap APJ sesuai KTP)

SURAT PERNYATAAN

Kop Apotek

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Penannggung Jawab :
Nama Sarana Apotek :
Alamat Sarana :

Dengan ini saya berkomitmen untuk:

1. Melakukan pelaporan self-assessment tahunan dan pelaporan Pelayanan Kefarmasiaan setiap bulan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional;
2. Melaksanakan pelaporan pelayanan narkotika dan psikotropika setiap bulan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
3. Akan melaksanakan Praktik kefarmasian sesuai standar yang dipersyaratkan.
4. Akan mematuhi Peraturan Perundangan di bidang kefarmasian

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya. Apabila surat pernyataan ini tidak benar saya menerima sanksi sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Tulungagung, dd-mm-yyy

Materai 10.000

(Nama lengkap sesuai KTP)