

FORMULIR PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK
APOTEKER (SIPA)

Buranga,.....2024

Kepada ;
Yth. **BUPATI BUTON UTARA**
c/q. **KEPALA DPMPTSP KAB. BUTON UTARA**
di
BURANGA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Apoteker Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2016 Tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi KTP Pemohon dan Surat Keterangan Domisili (Untuk KTP Luar Buton Utara)
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
3. Fotokopi ijazah dilegalisir
4. Fotokopi STR
5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter Pemerintah
6. Surat Keterangan Aktif Bekerja
7. Pas foto latar belakang merah ukuran 3x4 (2 lembar) dan 6x4 (2 lembar)
8. Materai Rp. 10.000 (2 Lembar)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Yang memohon,

(.....)

PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN

YANG BERTANDA TANGAN DI BAWAH INI SELAKU PEMOHON

Nama :
NIK :
NO TELP :
Alamat :
- **Jalan** :
- **Desa / kelurahan** :
- **Kecamatan** :
- **Kabupaten** :
- **Provinsi** :

Menerangkan dengan sebenarnya bahwa segala dokumen yang diserahkan adalah sama dengan aslinya dan sebenar benarnya .demikian surat pernyataan ini kami buat tanpa ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Yang Membuat Pernyataan

materai 10.000

(.....)