

Bandung,.....

Nomor :
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen SIA
(Penggantian Apoteker Pemegang SIA)

Kepada Yth,
Kepala DPMPSTSP
Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
Di
BANDUNG

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :.....
Alama t : Jl.....
RT/RW.....Telp.....
Kelurahan.....Kecamatan.....

STRA No&Tgl:.....

Dengan ini mengajukan permohonan Pengesahan Dokumen sebagai persyaratan untuk mendapatkan Surat Izin Apotek karena penggantian Apoteker Pengelola Apotek pada :

Nama Apotek :.....
Alama t : Jl.....
RT/RW.....Telp.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

Hari dan Jam Buka Apotek :

Nomor Surat Izin Apotek lama :.....

Apoteker Pengelola Apotek lama :.....

Dengan menggunakan sarana : Milik sendiri / Milik pihak lain.

Nama Pemilik Sarana :

Nomor NPWP :

Akte Perjanjian Kerjasama No&Tgl:

Yang dibuat dihadapan notaris :.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy Akte Notaris pendirian badan hukum/Kartu Tanda Penduduk bagi Pemilik Perorangan.
2. Surat Izin Apotek lama (Asli)
3. Peta Lokasi dan Denah Bangunan
4. Daftar Ketenagaan
5. Apoteker Penanggung jawab dan Pendamping, dengan melengkapi :
 - a. Fotocopy Surat Izin Praktek Apoteker ditempat tersebut dan masih berlaku/Surat Pengesahan Dokumen SIPA.
 - b. Surat pernyataan tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek di Apotek lain (bermaterai).
 - c. Fotocopy Akte Notaris perjanjian kerjasama antara Apoteker Pengelola Apotek dengan Pemilik Sarana Apotek (bagi APA) /Surat Pengangkatan sebagai Apoteker Pendamping (bagi Aping).

- d. Surat Pernyataan tidak keberatan dari APA lama diganti oleh APA baru (bermaterai).
 - e. Berita Acara serah terima dari APA lama kepada APA baru.
 - f. Permohonan Pencabutan SIPA atas nama APA lama
 - g. Surat Pernyataan Kesiapan Apoteker hadir di Apotek (bermaterai).
 - h. Hari dan Jam operasional apotek.
6. Fotocopy Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK)/ Surat Pengesahan Dokumen SIPTTK.
 7. Daftar Sarana, Prasarana dan Peralatan Apotek.
 8. Surat pernyataan dari PSA bahwa tidak pernah terlibat dalam pelanggaran peraturan perundang-undangan dibidang obat dan narkotika (bermaterai).
 9. Surat Pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan Apotek yang ditandatangani oleh PSA dan APA.
 10. Surat Pernyataan dari Pemilik siap ditinjau ke sarana kapan saja diatas materai 6000

Demikian permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya kami haturkan terima kasih.

Pemohon

Materai 6000

(.....)

Catatan

Semua Data harus diisi dengan lengkap dan benar
Berkas dibuat dalam bentuk Soft File dan Hard File

SURAT PERNYATAAN APOTEKER

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Nomor & Tgl STRA :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak bekerja pada Fasilitas Produksi, Fasilitas Distribusi dan tidak menjadi Apoteker Pengelola Apotek pada Apotek lain.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk keperluan kelengkapan persyaratan permohonan Izin Apotek.

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

**SURAT KESEDIAAN APOTEKER
UNTUK HADIR DI APOTEK SELAMA JAM BUKA APOTEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Nomor & Tgl STRA :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Jabatan :.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya **bersedia hadir di Apotek selama jam buka apotek** bergantian / tidak *) dengan apoteker pendamping pada:

Nama Apotek :.....

Alamat Apotek :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk keperluan kelengkapan persyaratan permohonan Izin Apotek.

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

*) coret salah satu

SURAT PERNYATAAN PEMILIK SARANA APOTEK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat/Tgl.Lahir :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak pernah terlibat pelanggaran terhadap peraturan perundangan-undangan di bidang obat dan Narkotika.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN PENINJAUAN LOKASI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jabatan : Pemilik Sarana Apotek

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa Kami siap dan bersedia untuk ditinjau kapanpun oleh Dinas Kesehatan Kota Bandung.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

JAM OPERASIONAL APOTEK

Yang bertandatangan dibawah ini menerangkan bahwa :

Nama Apotek :

Alamat Apotek :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Hari & Jam Buka Apotek :

.....

Jadwal Praktek Apoteker I :

Jadwal Praktek Apoteker II :

Jadwal Praktek Apoteker III :

(terlampir FC Rekomendasi IAI APA dan APING)

Demikian keterangan ini dibuat untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Apoteker Pengelola Apotek.....

(.....)

Nama Apotek :
Alamat Apotek : Jl
RT/RWKelurahan
Kecamatan
Wilayah Kerja Puskesmas
TeleponKode Pos

DENAH LOKASI APOTEK

DENAH BANGUNAN APOTEK

Bandung,

Pemohon

.....

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Jabatan : Pemilik Sarana Apotek
2. Nama :
Alamat : Jl.....
RT.....RW.....Telepon/HP.....
Kelurahan.....Kecamatan.....
Jabatan : Apoteker Pengelola Apotek

Dengan ini menyatakan bahwa Kami bersedia dan sanggup mentaati semua peraturan yang berlaku dalam penyelenggaraan Apotek dan apabila melanggar ketentuan tersebut kami siap menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan dapat dipertanggungjawabkan jika kelak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan.

Bandung,.....

Yang membuat Pernyataan

1. Pemilik Apotek

2. Apoteker Pengelola Apotek

Materai 6000

(.....)

(.....)

SURAT PERNYATAAN TIDAK KEBERATAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

STRA No. & TGL :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya sebagai apoteker pengelola Apotek.....yang lama tidak keberatan untuk digantikan oleh apoteker pengelola apotek yang baru yaitu :

Nama :

STRA No. & TGL :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

DAFTAR KETENAGAAN APOTEK

Nama Apotek:.....

Alamat :Jl.....RT.....RW....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Wilayah Kerja Puskesmas.....

Telepon.....Kode Pos.....

NO	NAMA	JABATAN	NO . STR	MASA BERLAKU

Pemohon

.....

Bandung.....

Nomor :
Lampiran :
Perihal :Penunjukan Apoteker
Pendamping

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Bandung
Jl. Supratman No. 73
Di
Bandung

Dengan Hormat,
Menunjuk pada Pasal 19 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor
1332/MENKES/SK/X/2002 tentang Ketentuan dan Tata Cara
Pemberian Izin Apotek, maka dengan ini kami laporkan bahwa kami
telah menunjuk Apoteker Pendamping pada:

Nama Apotek :.....
Alamat :Jl.....RT.....RW....
Kel.....Kec.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Telepon.....Kode Pos.....

Sebagai berikut :

Nama :.....
Alamat :Jl.....RT.....RW....
Kel.....Kec.....
Telepon.....Kode Pos.....

Nomor&Tgl STRA :.....

Yang kami pastikan bahwa yang bersangkutan tidak bekerja pada
perusahaan farmasi dan tidak bertindak sebagai Apoteker Pengelola
Apotek lain, bersama ini kami lampirkan :

1. Salinan/Fotocopy STRA.
2. Fotocopy KTP.
3. Surat Pernyataan Kesiapan bekerja sebagai Apoteker Pendamping.

Demikian penunjukan ini, atas perhatiannya kami ucapkan terima
kasih.

Apoteker Pengelola Apotek

.....

SURAT PERNYATAAN APOTEKER PENDAMPING

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

No & Tgl STRA :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak bekerja pada Fasilitas Produksi dan Fasilitas Distribusi serta bersedia menjadi Apoteker Pendamping pada:

Nama Apotek :

Alamat :

RT.....RW.....Telp.....

Kelurahan.....Kecamatan.....

Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk keperluan kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Apotek

Bandung,.....

Yang membuat pernyataan

Materai 6000

(.....)

LAPORAN PENGALIHAN TANGGUNG JAWAB PELAYANAN KEFARMASIAN

Pada hari ini..... tanggal..... bulan.....tahun.....
Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek,
Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

- a. Apoteker Pemegang SIA yang baru/pengganti
 - Nama Lengkap :
 - Nomor STRA :
 - Alamat :
 - No Telepon :

Telah menerima pengalihan tanggung jawab dari :

- b. Apoteker Pemegang SIA yang lama
 - Nama Lengkap :
 - Nomor STRA :
 - Alamat :
 - No. Telepon :
 - Nama Apotek :
 - Alamat Apotek :

Dalam pengalihan tanggung jawab ini telah dilakukan penyerahan :

1. Resep-resep
Dari tanggalsampai dengan tanggal.....berjumlah
.....lembar
2. Obat-obat narkotika sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir.
Kunci-kunci lemari penyimpanan terdiri dari.....buah.
3. Obat keras tertentu/bahan Berbahaya dan obat lainnya sebagaimana daftar
terlampir. Kunci-kunci lemari penyimpanan obat keras tertentu/bahan
berbahaya dan obat lainnya terdiri.....buah.
4. Lain-lain yang dianggap perlu.

Demikian Laporan Pengalihan Tanggung jawab ini dibuat dengan sebenarnya. Surat
Pengalihan Tanggung Jawab dibuat rangkap 2 (dua) dan dikirimkan kepada
Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota

Bandung,.....

Yang Menerima,
Apoteker Pengelola Apotek Baru

Yang Menerima,
Apoteker Pengelola Apotek Lama

.....
SIPA.....

.....
SIPA.....

Saksi-saksi :

1.

.....
SIKTTK.....

2.

.....
SIKTTK.....

Lampiran : Berita acara serah terima peralihan tanggung jawab pelayanan Kefarmasian

DAFTAR PERINCIAN NARKOTIKA YANG DISERAHTERIMAKAN

NO	NAMA NARKOTIKA	JUMLAH	KETERANGAN

DAFTAR PERINCIAN OBAT KERAS TERTENTU/BAHAN BERBAHAYA DAN OBAT LAINNYA YANG DISERAH TERIMAKAN

NO	NAMA OBAT	JUMLAH	KETERANGAN

BERITA ACARA PEMUSNAHAN PERBEKALAN FARMASI

Pada hari ini..... tanggal..... bulan.....tahun.....
Sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2017 tentang Apotek,,
Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

- Nama Apoteker :
- Nomor SIPA :
- Nama Apotek :
- Alamat Apotek :
- Telah melakukan pemusnahan : Perbekalan Farmasi sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir
- Tempat melakukan pemusnahan :

Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.
Berita Acara ini dibuat dalam rangkap 2 (dua) dan dikirim kepada :
1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung.
2. Arsip.

Bandung,.....

Karyawan yang membantu

Yang membuat Berita Acara

.....

.....
SIPA.....

LAMPIRAN DAFTAR PERBEKALAN FARMASI YANG DIMUSNAHKAN

No. Urut	Nama	Jumlah	Alasan Pemusnahan

Bandung,.....

Yang membuat Berita Acara

.....
SIPA.....

