

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu  
Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Purwakarta  
di Purwakarta

Perihal : Permohonan Izin Apotek (IA)

Jenis Permohonan :

Baru  Perubahan  Perpanjangan  Penggantian  Pencabutan

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Apoteker : .....  
Tempat, Tanggal Lahir : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kota / Kabupaten .....  
Nomor Telp./HP : .....  
Nomor SIPA : .....  
Masa Berlaku SIPA s/d : .....

Dengan ini mengajukan permohonan pemenuhan komitmen Izin Komersial / Operasional berupa Izin Apotek (IA) sebagai berikut:

Nama Perusahaan : .....  
Nomor Induk Berusaha : .....  
Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kabupaten Purwakarta

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

**Persyaratan Izin Apotek Baru:**

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- Fotokopi Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA);
- Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) **(apabila Apoteker bekerja pada instalasi farmasi lainnya);**
- Fotokopi Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan (SPPL) yang telah disahkan oleh Dinas Lingkungan Hidup;
- Fotokopi bukti kepemilikan tanah / surat sewa;
- Fotokopi akta kerjasama antara pemilik sarana dengan Apoteker **(apabila Apotek bukan milik Apoteker);**
- Daftar ketenagaan;
- Daftar perlengkapan dan peralatan;
- Denah lokasi dan denah bangunan;
- Surat Pernyataan bahwa Apoteker tidak menjadi penanggung jawab di Apotek lain;
- Surat Pernyataan bahwa pemilik sarana tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian **(apabila Apotek bukan milik Apoteker);**
- Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Apoteker yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain lain secara penuh waktu;
- Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat, surat pernyataan kesanggupan untuk membina 1 (satu) posyandu yang diketahui oleh Kepala Puskesmas dan ketua kader;
- NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS.

**Persyaratan Izin Apotek Perubahan:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA);
- c. Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) (**apabila Apoteker bekerja pada instalasi farmasi lainnya**);
- d. Fotokopi akta kerjasama antara pemilik sarana dengan Apoteker (**apabila Apotek bukan milik Apoteker**);
- e. Daftar ketenagaan;
- f. Surat Pernyataan bahwa Apoteker tidak menjadi penanggung jawab di Apotek lain;
- g. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Apoteker yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain lain secara purna waktu;
- h. Izin Apotek asli;
- i. NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS.

**Persyaratan Izin Apotek Perpanjangan:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA);
- c. Fotokopi Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) (**apabila Apoteker bekerja pada instalasi farmasi lainnya**);
- d. Fotokopi Surat Pernyataan Kesanggupan Pengelolaan dan Pemantauan Lingkungan (SPPL) yang telah disahkan oleh Dinas Lingkungan Hidup;
- e. Fotokopi bukti kepemilikan tanah / surat sewa;
- f. Fotokopi akta kerjasama antara pemilik sarana dengan Apoteker (**apabila Apotek bukan milik Apoteker**);
- g. Daftar ketenagaan;
- h. Daftar perlengkapan dan peralatan;
- i. Denah lokasi dan denah bangunan;
- j. Surat Pernyataan bahwa Apoteker tidak menjadi penanggung jawab di Apotek lain;
- k. Surat Pernyataan bahwa pemilik sarana tidak pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian (**apabila Apotek bukan milik Apoteker**);
- l. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Apoteker yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain lain secara purna waktu;
- m. Fotokopi SIP lama;
- n. NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS.

**Persyaratan Izin Apotek Penggantian:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi Izin Apotek (IA);
- c. Surat keterangan kehilangan dari Kantor Kepolisian setempat.

**Persyaratan Izin Apotek Pencabutan:**

- a. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik;
- c. Surat rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Purwakarta;
- d. SIP Asli.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Purwakarta, .....

Pemohon,

.....

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Desa / Kelurahan .....

Kecamatan .....

Kota / Kabupaten .....

Selaku Penanggung Jawab Apotek sebagai berikut:

Nama Perusahaan : .....

Nama Apotek : .....

Alamat Apotek : .....

Desa / Kelurahan .....

Kecamatan .....

Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak sedang dan/atau akan menjadi penanggung jawab di Apotek manapun selama saya menjadi penanggung jawab di Apotek sebagaimana tersebut di atas.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta, .....

Yang menyatakan,



.....

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Alamat : .....

Desa / Kelurahan .....

Kecamatan .....

Kota / Kabupaten .....

Selaku Pemilik Apotek sebagai berikut:

Nama Perusahaan : .....

Nama Apotek : .....

Alamat Apotek : .....

Desa / Kelurahan .....

Kecamatan .....

Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak sedang dan/atau pernah terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta, .....

Yang menyatakan,



.....

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Alamat : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kota / Kabupaten .....

Selaku Penanggung Jawab Apotek sebagai berikut:

Nama Perusahaan : .....  
Nama Apotek : .....  
Alamat Apotek : .....  
Desa / Kelurahan .....  
Kecamatan .....  
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Apotek, kami sanggup untuk :

1. Membina 1 (satu) Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang diketahui Pimpinan Posyandu;
2. Membina 1 (satu) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang diketahui Kepala Sekolah bersangkutan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta, .....

Yang menyatakan,



.....

Mengetahui :

Pimpinan Pos Pelayanan Terpadu

.....

Kepala Sekolah

.....

(.....)

(.....)