

CEK LIST PERMOHONAN PERGANTIAN APOTEKER

Nama Apotik :

Alamat lama :

No. Telp. :

Nama APA Lama :

No. SIPA :

Nama APA Baru :

No. STRA :

No.	Syarat Permohonan	Cek Kelengkapan		Ket
		Ada	Tidak Ada	
1	Surat permohonan yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kabupaten Sukoharjo (asli bermaterai Rp.6000,-)			
2	Salinan / Fotocopy STRA atau SIPA APA baru			
3	Salinan / Fotocopy Ijazah Apoteker / Sumpah yang dilegalisir			
4	Salinan / Fotocopy KTP dan KK Apoteker baru			
5	Surat pernyataan tempat tinggal secara nyata Apoteker baru (asli bermaterai Rp.6000,-)			
6	Surat keterangan tidak keberatan pergantian APA bermaterai			
7	Denah bangunan Apotik dan denah situasi Apotik terhadap Apotik lain			
8	Surat status bangunan dalam bentuk akte (hak milik/sewa/kontrak)			
9	Ketenagaan apotik dengan melampirkan FC ijazah/sumpah, STRA & SIPA (bagi Aping), STRTTK & SIKTTK (bagi AA) serta surat lolos butuh dari tempat kerja sebelumnya. a. Apoteker Pendamping (Aping) b. Asisten Apoteker (AA)			
10	Daftar alat perlengkapan Apotik (terperinci)			
11	Surat pernyataan dari APA bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi APA maupun APING di Apotik lain (asli bermaterai Rp.6000,-)			
12	Surat izin atasan (bagi pemohon PNS, anggota TNI, dan karyawan instansi pemerintah lain)			
13	Akte perjanjian kerjasama APA dengan PSA			
14	Surat pernyataan PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat (asli bermaterai Rp.6000,-)			
15	Surat keterangan kesehatan fisik dan mental dari RS pemerintah/Puskesmas untuk melaksanakan tugas sebagai Apoteker dan Asisten Apoteker			
16	Lolos butuh dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta PC IAI lama (bagi pemohon/APA yang pindah dari Provinsi/Kabupaten/Kota lain)			
17	Daftar kepustakaan wajib Apotik yang dimiliki			
18	Fotocopy KTP dan NPWP PSA			
19	Asli dan fotokopi Surat Izin Apotik lama			
20	SOP (Standar Operasional Prosedur) / Prosedur Tetap Pelayanan Kefarmasian di Apotek			
21	Surat Rekomendasi dari PC IAI Kabupaten Sukoharjo			
22	Jadwal buka Apotek yang ditandatangani oleh PSA dan APA			

Berkas lengkap diterima tanggal :

Dikunjungi tanggal :

SIA selesai tanggal :

Sukoharjo,
Pemeriksa

.....

Sukoharjo,

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Apotik
 Karena Pergantian Apoteker Pengelola Apotik

Kepada
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sukoharjo
Di
SUKOHARJO

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin apotik/perpanjangan surat izin apotik dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon

Nama :
Nomor STRA :
Nomor SIPA :
Nomor KTP :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :
No.Telepon :
Pekerjaan :
NPWP :

2. Apotik

Nama Apotik :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :
No.Telepon :
Nama APA :
Nomor STRA :
Nomor SIPA :
Nomor SIA Lama :

3. Dengan menggunakan sarana : milik sendiri / milik pihak lain

Nama pemilik :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :
No.Telepon :
NPWP :

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan :

- a. Salinan / Fotocopy STRA atau SIPA
- b. Salinan / Fotocopy Ijazah Apoteker / Sumpah yang dilegalisir
- c. Salinan / Fotocopy KTP, KK Apoteker
- d. Surat pernyataan tempat tinggal secara nyata Apoteker (asli bermaterai Rp.6000,-)
- e. Surat keterangan tidak keberatan pergantian APA bermaterai
- f. Denah bangunan Apotik dan denah situasi Apotik terhadap Apotik lain
- g. Surat status bangunan dalam bentuk akte (hak milik/sewa/kontrak) dan fotocopy sertifikat tanah/bangunan
- h. Daftar ketenagaan apotik (Apoteker pendamping dan Asisten apoteker) dengan melampirkan FC ijazah/sumpah, STRA & SIPA (bagi Aping), STRTTK & SIKTTK (bagi AA) serta surat lolos butuh dari tempat kerja sebelumnya.
- i. Daftar alat perlengkapan Apotik (terperinci)
- j. Surat pernyataan dari APA bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain, sebagai penanggungjawab IKOT/IOT dan tidak menjadi APA maupun APING di Apotik lain (asli bermaterai Rp.6000,-)
- k. Surat izin atasan (bagi pemohon PNS, anggota TNI, dan karyawan instansi pemerintah lain)
- l. Akte perjanjian kerjasama APA dengan PSA beserta Perjanjian pelengkapannya.
- m. Surat pernyataan PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian (asli bermaterai Rp.6000,-)

- n. Surat keterangan kesehatan fisik dan mental dari RS pemerintah untuk melaksanakan tugas sebagai Apoteker dan Asisten Apoteker
- o. Lolos butuh dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta PC IAI lama (bagi pemohon yang pindah dari Provinsi/Kabupaten/Kota lain)
- p. Daftar kepastakaan wajib Apotik yang dimiliki
- q. Fotocopy KTP dan NPWP PSA
- r. Asli dan fotokopi Surat Izin Apotik lama
- s. SOP (Standar Operasional Prosedur) / Prosedur Tetap Pelayanan Kefarmasian di Apotek
- t. Surat Rekomendasi dari PC IAI Kabupaten Sukoharjo
- u. Jadwal buka Apotek yang ditandatangani oleh PSA dan APA

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

Sukoharjo,
Pemohon

Materai Rp.6000,-

.....
STRA/SIPA

Tembusan dikirim kepada Yth. :

- 1. Menteri Kesehatan RI di Jakarta
- 2. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
- 3. Kepala Balai Besar POM di Semarang
- 4. Ketua IAI Cabang Sukoharjo
- 5. Arsip

Cat : Untuk pendirian apotek baru apoteker menggunakan STRA

**SURAT PERNYATAAN APOTEKER TENTANG
TEMPAT TINGGAL SECARA NYATA**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama :
Alamat :
No. SIPA/STRA :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. a. Pekerjaan pokok / tetap saya di :
Jabatan :
Alamat Instansi/Perusahaan :
No. Telp Instansi/Perusahaan :

- b. Pekerjaan selain (a) di :
Jabatan :
Alamat Instansi/Perusahaan :
No. Telp Instansi/Perusahaan :

2. Saya bersedia bertempat tinggal secara nyata beserta keluarga di :

.....
Kelurahan :
Kecamatan :

Kesediaan saya ini berlaku sejak mengajukan permohonan SIA dengan tujuan agar saya dapat melaksanakan kewajiban sebagai APA dengan sebaik-baiknya.

Apabila di kemudian hari saya tidak memenuhi pernyataan ini, saya akan melepaskan pengelolaan apotik dengan menyerahkan SIA kembali atau diadakan pergantian APA sesuai prosedur/ketentuan perundang-undangan yang berlaku, sehingga memungkinkan untuk mengelola apotik dengan sebaik-baiknya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, bila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mengembalikan Surat Izin Apotik dan dituntut berdasarkan hukum yang berlaku.

Mengetahui
PC IAI Sukoharjo

Sukoharjo,
Yang membuat pernyataan

Materai
Rp.6000,-

.....
Ketua

.....
STRA/SIPA

**SURAT PERNYATAAN TIDAK KEBERATAN
PERGANTIAN APOTEKER PENGELOLA APOTIK**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :
No. STRA :
No.SIPA :
Alamat :

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya tidak keberatan menyerahkan tanggung jawab dan pengelolaan Apotik kepada Apoteker Pengelola Apotik baru :

Nama :
No. STRA :
No.SIPA :
Alamat :

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya untuk dipergunakan semestinya.

Sukoharjo,
Yang Menyatakan,

(nama APA lama)
SIPA

**SURAT PERNYATAAN APOTEKER
BAHWA TIDAK BEKERJA DI PERUSAHAAN FARMASI PENANGGUNGJAWAB TEKNIS
IKOT/IOT DAN TIDAK BERPRAKTIK DI APOTIK LAIN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama :

Alamat :

No. SIPA/STRA :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya tidak bekerja pada perusahaan farmasi, penanggungjawab teknis IKOT/IOT dan tidak berpraktik di Apotik lain baik menjadi Apoteker Pengelola Apotik maupun Apoteker Pendamping.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, bila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mengembalikan Surat Izin Apotik dan dituntut berdasarkan hukum yang berlaku.

Sukoharjo,
Yang membuat pernyataan

Materai
Rp.6000,-

.....
STRA/SIPA

KOP INSTANSI

SURAT IZIN ATASAN

No. :

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama :
NIP :
Pangkat/Golongan :
Jabatan :

Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa pada prinsipnya tidak keberatan dan dapat memberikan izin kepada :

Sebagai pemilik sarana apotik pada :

Nama :
NIP :
Pangkat/Golongan :
Jabatan :

Untuk bertindak sebagai Apoteker Pengelola Apotik pada :

Nama Apotik :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Pengelolaan apotik dilakukan di luar jam dinas
2. Pengelolaan apotik tersebut tidak mengganggu pelaksanaan tugas-tugas kedinasan

Demikian surat izin dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Sukoharjo,
KEPALA / DIREKTUR..

.....

**SURAT PERNYATAAN PEMILIK SARANA APOTIK
TIDAK TERLIBAT PELANGGARAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
DI BIDANG KEFARMASIAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama :
Alamat :
Kelurahan :
Kecamatan :

Sebagai pemilik sarana apotik pada :

Nama Apotik :
Alamat Apotik :
Kelurahan :
Kecamatan :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya tidak pernah terlibat pelanggaran Peraturan Perundang-undangan di Bidang Kefarmasian.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, bila pernyataan ini tidak benar, saya bersedia mengembalikan Surat Izin Apotik dan dituntut berdasarkan hukum yang berlaku.

Sukoharjo,
Yang membuat pernyataan

Materai
Rp.6000,-

.....

DAFTAR KETENAGAAN APOTIK

Nama Apotik :

Alamat :

No.	Jenis Ketenagaan	Nama Tenaga	STRA bagi Apoteker STRTTK bagi Asisten Apoteker		SIPA bagi Apoteker SIKTTK bagi Asisten Apoteker		No Surat Izin Atasan langsung	Keterangan
			Nomor	Berlaku s/d	Nomor	Berlaku s/d		
1	Apoteker Pengelola Apotik (APA) mempunyai STRA dan SIPA di tempat tersebut							
2	Apoteker Pendamping (APING) mempunyai STRA dan SIPA APING di tempat tersebut							
3	Asisten Apoteker yang mempunyai STRTTK dan SIKTTK di tempat tersebut							
4	Tenaga Lain							

Sukoharjo,
Apoteker Pengelola Apotek

.....
STRA/SIPA

DAFTAR KEPUSTAKAAN WAJIB APOTIK

No	Nama Buku / Pustaka	Kepemilikan		Jumlah
		Ada	Tidak	
1	Farmakope Indonesia Edisi III dan IV			
2	Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan			
3	Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan			
4	Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika dan atau perubahannya			
5	Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Psikotropika dan atau perubahannya			
6	Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika			
7	Peraturan Menteri Kesehatan RI No.922 Tahun 1993 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian izin Apotik			
8	Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1332 Tahun 2002 tentang Perubahan Atas Permenkes No.922 tahun 1993			
9	Keputusan Menteri Kesehatan RI No.1027 Tahun 2004 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotik			
10	Peraturan Pemerintah No.51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian			
11	Peraturan Menteri Kesehatan RI No.889 Tahun 2011 tentang Registerasi Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian			
12	Peraturan lain tentang OKT, OWA			
13	ISO, MIMS dan sejenisnya			
14	Prosedur tetap / Standar Operasional Prosedur tentang pelayanan kefarmasian di apotik yang disyahkan oleh Apoteker Pengelola Apotik			

BERITA ACARA SERAH TERIMA PERALIHAN TANGGUNG JAWAB
PELAYANAN KEFARMASIAN

Pada hari ini Tanggal Bulantahun....., sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1332/MENKES/SK/X/2002, tentang Ketentuan dan Tata Cara pemberian Izin Apotik, kami yang bertanda tangan dibawah ini :

A. Apoteker Pengelola Apotik Lama :

Nama :
Nomor STRA :
Nomor SIPA :
Alamat :
Telepon :
Nama Apotik :
Alamat Apotik :

B. Apoteker Pengelola Apotik Baru/Pengganti :

Nama :
Nomor STRA :
Nomor SIPA :
Alamat :
Telepon :

C. Dengan disaksikan oleh :

1. Nama : Drs. Sahrodji, Apt.
NIP : 196403251998031001
Pangkat : Penata Tingkat I / III d
Jabatan : Kepala Seksi Registrasi, Akreditasi, Sertifikasi dan Farmamin
Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
2. Nama : Dra. Hasanah Piet Susanti
NIP : 196212081986032007
Pangkat : Penata Tingkat I / III d
Jabatan : Staf Registrasi, Akreditasi, Sertifikasi dan Farmamin
Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
3. Nama :
No. STRTTK :
No. SIKTTK :
Jabatan : Asisten Apoteker

Telah melakukan penyerahan :

1. Resep-resep dari tanggal.....sampai dengan tanggal berjumlahlembar
2. Obat-obat narkotika sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir
3. Kunci-kunci lemari penyimpanan obat narkotika terdiri dari buah
4. Obat keras tertentu / Bahan berbahaya dan obat lainnya sebagaimana daftar terlampir
5. Kunci-kunci lemari penyimpanan obat keras tertentu / bahan berbahaya dan obat lainnya terdiri dari buah
6. Lain-lain yang dianggap perlu.

Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Berita acara ini dibuat dalam rangkap 6 (enam) dan dikirimkan kepada :

1. Kepala Badan Pengawasan Obat dan Makanan di Jakarta
2. Direktur Jenderal Pelayanan Farmasi dan Alat Kesehatan Kemenkes RI
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
4. Kepala Balai Besar POM di Semarang
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
6. Arsip

Sukoharjo,
Yang Membuat Berita Acara
Apoteker Pengelola Apotik Lama

.....
SIPA

Saksi-saksi :

1. Drs. Sahrodji, Apt. :
2. Dra. Hasanah Piet Susanti :
3. :

**LAMPIRAN BERITA ACARA SERAH TERIMA PERALIHAN TANGGUNG JAWAB
PELAYANAN KEFARMASIAN
SERAH TERIMA OBAT KERAS TERTENTU/BAHAN BERBAHAYA
DAN OBAT LAINNYA**

No	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Expired Date	No.Batch

Yang Menerima
Apoteker Pengelola Apotek Baru

Sukoharjo,
Yang Menyerahkan
Apoteker Pengelola Apotek Lama

()
STRA/SIPA

()
SIPA

Saksi-saksi :

1. Drs. Sahrodji, Apt. :
2. Dra. Hasanah Piet Susanti :
3. :

BERITA ACARA PEMUSNAHAN RESEP
DAN BARANG-BARANG ADMINISTRASI LAIN

Pada hari ini Tanggal Bulantahun....., sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1332/MENKES/SK/X/2002, tentang Ketentuan dan Tata Cara pemberian Izin Apotik, kami yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Apoteker Pengelola Apotik :

Nama :
Nomor SIK/SP/SIPA :
Alamat :
Nama Apotik :
Alamat :

2. Dengan disaksikan oleh :

Nama : Drs. Sahrodji, Apt.
NIP : 196403251998031001
Pangkat : Penata Tingkat I / III d
Jabatan : Kepala Seksi Registrasi, Akreditasi, Sertifikasi dan Farmamin
Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo

Nama : Dra. Hasanah Piet Susanti
NIP : 196212081986032007
Pangkat : Penata Tingkat I / III d
Jabatan : Staf Registrasi, Akreditasi, Sertifikasi dan Farmamin
Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo

Nama :
No. SIKAA/SIKTTK :
Jabatan : Asisten Apoteker

Telah melakukan pemusnahan resep-resep dan administrasi lain berupa :

1. Resep-resep dari tanggal.....sampai dengan berjumlahlembar
2. Blanko copy resep sebanyak buku dan lembar
3. Blanko surat pesanan sebanyak buku dan Lembar
4. Blanko etiket tablet (putih) sebanyak Lembar
5. Blanko etiket sirup (putih) sebanyak Lembar
6. Blanko etiket obat luar (biru) sebanyak Lembar
7. Blanko nota/HV sebanyak buku dan Lembar
8. Blanko kuitansi sebanyak buku dan Lembar

Tempat melakukan pemusnahan :

Alasan melakukan pemusnahan :

Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Berita acara ini dibuat dalam rangkap 6 (enam) dan dikirimkan kepada :

1. Kepala Badan Pengawasan Obat dan Makanan di Jakarta
2. Direktur Jenderal Pelayanan Farmasi dan Alat Kesehatan Kemenkes RI
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
4. Kepala Balai Besar POM di Semarang
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
6. Arsip

Sukoharjo,
Yang Membuat Berita Acara
Apoteker Pengelola Apotik

Saksi-saksi :

1. Drs. Sahrodji, Apt. :
2. Dra. Hasanah Piet Susanti :
3. :

.....

SIK/SP/SIPA

BERITA ACARA PEMUSNAHAN OBAT

Pada hari ini Tanggal Bulantahun....., sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor. 1332/MENKES/SK/X/2002, tentang Ketentuan dan Tata Cara pemberian Izin Apotik, kami yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Apoteker Pengelola Apotik :

Nama :
Nomor SIPA :
Alamat :
Nama Apotik :
Alamat :

2. Dengan disaksikan oleh :

Nama : Drs. Sahrodji, Apt.
NIP : 196403251998031001
Pangkat : Penata Tingkat I / III d
Jabatan : Kepala Seksi Registrasi, Akreditasi, Sertifikasi dan Farmamin
Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo

Nama : Dra. Hasanah Piet Susanti
NIP : 196212081986032007
Pangkat : Penata Tingkat I / III d
Jabatan : Staf Registrasi, Akreditasi, Sertifikasi dan Farmamin
Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo

Nama :
No. SIKTTK :
Jabatan : Asisten Apoteker

Telah melakukan pemusnahan obat sebagaimana terlampir.

Dengan cara :

Tempat melakukan pemusnahan :
Alasan melakukan pemusnahan :

Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Berita acara ini dibuat dalam rangkap 6 (enam) dan dikirimkan kepada :

1. Kepala Badan Pengawasan Obat dan Makanan di Jakarta
2. Direktur Jenderal Pelayanan Farmasi dan Alat Kesehatan Kemenkes RI
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
4. Kepala Balai Besar POM di Semarang
5. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
6. Arsip

Sukoharjo,
Yang Membuat Berita Acara
Apoteker Pengelola Apotik

.....
SIPA

Saksi-saksi :

1. Drs. Sahrodji, Apt. :
2. Dra. Hasanah Piet Susanti :
3. :

LAMPIRAN BERITA ACARA PEMUSNAHAN OBAT

No	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Nilai Rupiah	Keterangan

Yang Menerima

()

Sukoharjo,
Yang Menyerahkan
Apoteker Pengelola Apotek

()
SIPA

Saksi-saksi :

1. Drs. Sahrodji, Apt. :
2. Dra. Hasanah Piet Susanti :
3. :