

CEK LIST PERSYARATAN PERMOHONAN / PERPANJANGAN SURAT IZIN APOTIK

Nama Apotik :
 Alamat :
 No. Telp. :
 Nama APA :
 No. STRA :
 No. SIPA :

| 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 | | | |
| 3 | Salinan / Fotocopy Ijazah Apoteker / Sumpah yang dilegalisir | | | |
| 4 | Salinan / Fotocopy KTP dan KK Apoteker | | | |
| 5 | Surat pernyataan tempat tinggal secara nyata Apoteker (asli bermaterai Rp.6000,-) | | | |
| 6 | Denah bangunan Apotik dan denah situasi Apotik terhadap Apotik lain | | | |
| 7 | Surat status bangunan dalam bentuk akte (hak milik/sewa/kontrak) | | | |
| 8 | 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) | | | |
| 9 | Daftar alat perlengkapan Apotik (terperinci) | | | |
| 10 | 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,-) | | | |
| 11 | Surat izin atasan (bagi pemohon PNS, anggota TNI, dan karyawan instansi pemerintah lain) | | | |
| 12 | Akte perjanjian kerjasama APA dengan PSA | | | |
| 13 | Surat pernyataan PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang obat (asli bermaterai Rp.6000,-) | | | |
| 14 | Surat keterangan kesehatan fisik dan mental dari RS pemerintah/Puskesmas untuk melaksanakan tugas sebagai Apoteker dan Asisten Apoteker | | | |
| 15 | Lolos butuh dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta PC IAI lama (bagi pemohon/APA yang pindah dari Provinsi/Kabupaten/Kota lain) | | | |
| 16 | Daftar kepustakaan wajib Apotik yang dimiliki | | | |
| 17 | Fotocopy KTP dan NPWP PSA | | | |
| 18 | Asli dan fotokopi Surat Izin Apotik lama (untuk perpanjangan) | | | |
| 19 | SOP (Standar Operasional Prosedur) / Prosedur Tetap Pelayanan Kefarmasian di Apotek | | | |
| 20 | Surat Rekomendasi dari PC IAI Kabupaten Sukoharjo | | | |
| 21 | Jadwal buka Apotek yang ditandatangani oleh PSA dan APA | | | |
| | | | | |

Berkas lengkap diterima tanggal :
 Dikunjungi tanggal :
 SIA selesai tanggal :

Sukoharjo,
 Pemeriksa

.....

Cat : Untuk pendirian apotek baru apoteker menggunakan STRA

Sukoharjo,

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan/Perpanjangan Izin 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. Denah bangunan Apotik dan denah situasi Apotik terhadap Apotik lain
- f. Surat status bangunan dalam bentuk akte (hak milik/sewa/kontrak) dan fotocopy sertifikat tanah/bangunan
- g. 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.
- h. Daftar alat perlengkapan Apotik (terperinci)
- i. 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,-)
- j. Surat izin atasan (bagi pemohon PNS, anggota TNI, dan karyawan instansi pemerintah lain)
- k. Akte perjanjian kerjasama APA dengan PSA beserta Perjanjian pelengkapanya.
- l. Surat pernyataan PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan di bidang kefarmasian (asli bermaterai Rp.6000,-)
- m. Surat keterangan kesehatan fisik dan mental dari RS pemerintah untuk melaksanakan tugas sebagai Apoteker dan Asisten Apoteker

- n. Lolos butuh dari Kepala Dinas Kesehatan Provinsi dan Kabupaten/Kota serta PC IAI lama (bagi pemohon yang pindah dari Provinsi/Kabupaten/Kota lain)
- o. Daftar kepastakaan wajib Apotik yang dimiliki
- p. Fotocopy KTP dan NPWP PSA
- q. Asli dan fotokopi Surat Izin Apotik lama (untuk perpanjangan)
- r. SOP (Standar Operasional Prosedur) / Prosedur Tetap Pelayanan Kefarmasian di Apotek
- s. Surat Rekomendasi dari PC IAI Kabupaten Sukoharjo
- t. 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 :

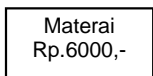
Kesediaan saya ini berlaku sejak mengajukan permohonan SIA dengan tujuan agar saya dapat melaksanakan kewajiban sebagai APA dengan sebaik-baiknya.

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



.....

Ketua

.....

STRA/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 Psicotropika dan atau perubahannya | | | |
| 5 | Undang-Undang Nomor 22 Tahun 1997 tentang Psicotropika 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 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 : 19640325411998031001
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. :

LAPORAN PEMASUKAN DAN PENGELUARAN PSIKOTROPIKA (OKT)

TAHUN :

NAMA APOTEK :
NO. SIA :
ALAMAT :
TELEPON :

| NO | NAMA SEDIAAN JADI OKT | SATUAN | PERSEDIAAN AWAL | PEMASUKAN | | PENGELUARAN | | SISA AKHIR TAHUN | KETERANGAN |
|----|--------------------------|--------|--------------------|-----------|--------|-------------|--------|---------------------|------------|
| | | | | DARI | JUMLAH | KEPADA | JUMLAH | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Sukoharjo,

Apoteker Pengelola Apotik

Nama terang
SIPA.

LAPORAN PENGGUNAAN BAHAN BAKU NARKOTIKA

NAMA APOTEK :
 NO. SIA :
 ALAMAT :
 TELEPON :

BULAN :
 TAHUN :

| NO | NAMA BAHAN BAKU | SATUAN | PERSEDIAAN AWAL BULAN | JUMLAH PEMASUKAN | | | JUMLAH KESELURUHAN | JUMLAH PENGELUARAN | | | PERSEDIAAN AKHIR BULAN | KETERANGAN |
|----|-----------------|--------|-----------------------|------------------|------|--------|--------------------|--------------------|-----------|--------|------------------------|------------|
| | | | | TANGGAL | DARI | JUMLAH | | UNTUK | | JUMLAH | | |
| | | | | | | | | PEMBUATAN | LAIN-LAIN | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Sukoharjo,

Apoteker Pengelola Apotik

Nama terang
SIPA.

LAPORAN KHUSUS PENGGUNAAN MORPHIN & PETHIDIN

NAMA APOTEK :
NO. SIA :
ALAMAT :
TELEPON :

BULAN :
TAHUN :

| NO | NAMA NARKOTIKA | SATUAN | RESEP | | JUMLAH | PASIEAN | | DOKTER | | KETERANGAN |
|----|----------------|--------|------------------|-----------------------|--------|---------|--------|----------------|-----------|------------|
| | | | NOMOR TANGGAL | TANGGAL PENYERAHAN | | NAMA | ALAMAT | NAMA ALAMAT | SPESIALIS | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

Sukoharjo,

Apoteker Pengelola Apotik

Nama terang
SIPA.

LAPORAN PENGGUNAAN BAHAN BAKU NARKOTIKA

NAMA APOTEK :
 NO. SIA :
 ALAMAT :
 TELEPON :

BULAN :
 TAHUN :

| NO | NAMA SEDIAAN | SATUAN | PERSEDIAAN AWAL BULAN | PEMASUKAN | | | JUMLAH KESELURUHAN | PENGELUARAN | | | PERSEDIAAN AKHIR BULAN | KETERANGAN |
|----|--------------|--------|-----------------------|-----------|------|--------|--------------------|-------------|----------|--------|------------------------|------------|
| | | | | TANGGAL | DARI | JUMLAH | | UNTUK | | JUMLAH | | |
| | | | | | | | | RESEP # | LAIN2 \$ | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

Sukoharjo,

Apoteker Pengelola Apotik

Nama terang
SIPA.

KETERANGAN :

Satuan : Tablet, Kapsul, botol, vial, ampul

: yang dilayani dengan resep, baik dalam bentuk asli atau racikan

\$: selain dasar resep, misalnya pesanan dari RS

SURAT PESANAN

No.

Kepada Yth. :

.....
.....
.....
di

Dengan ini kami mohon dikirim obat / alat

| No. | Nama Obat | Satuan | Banyaknya |
|-----|-----------|--------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Sukoharjo,

Apoteker Pengelola Apotik

Nama terang
SIPA.

