

## CEK LIST PERMOHONAN PINDAH ALAMAT APOTIK (SIA BERUBAH)

Nama Apotik : .....

Alamat lama : .....

Alamat baru : .....

No. Telp. : .....

Nama APA : .....

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	Daftar kepustakaan wajib Apotik yang dimiliki			
16	Fotocopy KTP dan NPWP PSA			
17	Asli dan fotokopi Surat Izin Apotik lama			
18	SOP (Standar Operasional Prosedur) / Prosedur Tetap Pelayanan Kefarmasian di Apotek			
19	Surat Rekomendasi dari PC IAI Kabupaten Sukoharjo			
20	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 Pindah Alamat

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 pelengkapannya.
- 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. Daftar kepastakaan wajib Apotik yang dimiliki
- o. Fotocopy KTP dan NPWP PSA
- p. Asli dan fotokopi Surat Izin Apotik lama
- q. SOP (Standar Operasional Prosedur) / Prosedur Tetap Pelayanan Kefarmasian di Apotek
- r. Surat Rekomendasi dari PC IAI Kabupaten Sukoharjo
- s. 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 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 disahkan oleh Apoteker Pengelola Apotik			

**BERITA ACARA PEMUSNAHAN OBAT**

Pada hari ini ..... Tanggal ..... Bulan .....tahun....., 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. .... :