

## CEK LIST PERMOHONAN PENUTUPAN APOTIK

Nama Apotik : .....

Alamat : .....

No. Telp. : .....

Nama APA : .....

No. SIK/SIPA : .....

Alamat : .....

No. Telp. : .....

No.	Syarat Permohonan	Cek Kelengkapan		Ket
		Ada	Tidak Ada	
1	Surat permohonan penutupan apotik ditujukan kepada Kepala Dinas Kabupaten Sukoharjo			
2	Asli dan Fotocopy SIA			
3	Fotocopy SIK / SP / SIPA			
4	Asli dan Fotocopy SIKAA/SIKTTK			
5	Fotocopy KTP APA (Apoteker Pengelola Apotik)			
6	Fotocopy Akte Perjanjian Kerjasama APA dengan PSA			
7	Berita acara pemusnahan resep dan barang - barang administrasi lain			
8	Berita acara pengamanan Narkotika dan Psikotropika			
9	Berita acara pemusnahan Obat			
10	Berita acara serah terima pengelolaan obat antar apotik			
11	Berita acara pengamanan Obat Keras dan bahan berbahaya			

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Penutupan dan  
Pengembalian SIA

Sukoharjo,  
Kepada :  
Yth. Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sukoharjo  
Di  
SUKOHARJO

Bersama ini kami mengajukan permohonan penutupan dan pengembalian surat izin apotik dengan data-data sebagai berikut :

**1. Pemohon**

Nama :  
Nomor SIK/SP/SIPA :  
Nomor KTP :  
Alamat :  
Kelurahan :  
Kecamatan :  
No. Telp. :  
Pekerjaan :  
NPWP :

**2. Apotik**

Nama Apotik :  
Alamat :  
Kelurahan :  
Kecamatan :  
No. telp. :  
Nama APA :  
Nomor SIK/SP/SIPA :  
Nomor SIA :

**3. Dengan menggunakan sarana : milik sendiri/milik pihak lain \*)**

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

Alasan pengembalian izin :

.....  
.....  
.....  
.....

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan :

- a. Asli dan Fotocopy SIA
- b. Fotocopy SIK / SP / SIPA
- c. Asli dan Fotocopy SIKAA/SIKTTK
- d. Fotocopy KTP APA (Apoteker Pengelola Apotik)
- e. Fotocopy Akte Perjanjian Kerjasama APA dengan PSA
- f. Berita acara pemusnahan resep dan barang - barang administrasi lain
- g. Berita acara pengamanan Narkotika dan Psikotropika
- h. Berita acara pemusnahan Obat
- i. Berita acara serah terima pengelolaan obat antar apotik
- j. Berita acara pengamanan Obat Keras dan bahan berbahaya

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

Sukoharjo,  
Pemohon

.....  
SIK/SP/SIPA

Tembusan dikirim kepada Yth. :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa tengah;
2. Kepala Balai Besar POM di Semarang;
3. Pemilik Sarana Apotik;
4. Ketua IAI Cabang Sukoharjo;
5. Arsip.

BERITA ACARA PEMUSNAHAN RESEP  
DAN BARANG-BARANG ADMINISTRASI LAIN

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 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 ..... berjumlah .....lembar
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 PENGAMANAN NARKOTIKA DAN PSIKOTROPIKA

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 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

Telah melakukan penyerahan untuk pengamanan :

1. Narkotika sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir.
2. Psikotropika sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir.

Kepada Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo yang diwakili oleh :

Nama : Dra. Hasanah Piet Susanti  
NIP : 196212081986032007  
Serah terima dilakukan di : .....  
Alasan serah terima : .....

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

.....  
SIK/SP/SIPA

Saksi-saksi :

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

LAMPIRAN BERITA ACARA PENGAMANAN NARKOTIKA DAN PSIKOTROPIKA

No	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Exp. Date	Keterangan

Yang Menerima

( )

Sukoharjo,  
Yang Menyerahkan  
Apoteker Pengelola Apotek

( )  
SIK/SP/SIPA

Saksi-saksi :

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

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 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 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

.....  
SIK/SP/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

(                            )  
 SIK/SP/SIPA

Saksi-saksi :

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

BERITA ACARA SERAH TERIMA PENGELOLAAN OBAT  
ANTARA APOTIK ..... DENGAN APOTIK .....

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 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

Telah melakukan penyerahan pengelolaan obat sebagaimana tersebut dalam lampiran ini, karena .....

Kepada :

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

Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Berita acara ini dibuat dalam rangkap 4 (empat) dan dikirimkan kepada :

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
2. Kepala Balai Besar POM di Semarang
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
4. Arsip

Sukoharjo,  
Yang Membuat Berita Acara  
Apoteker Pengelola Apotik

.....  
SIK/SP/SIPA

Saksi-saksi :

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



LAMPIRAN BERITA ACARA SERAH TERIMA PENGELOLAAN OBAT  
ANTARA APOTIK ..... DENGAN APOTIK .....

No	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Expired Date	No.Batch

Yang Menerima

( )

Sukoharjo,  
Yang Menyerahkan  
Apoteker Pengelola Apotek

( )  
SIK/SP/SIPA

Saksi-saksi :

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

BERITA ACARA PENGAMANAN OBAT KERAS DAN BAHAN BERBAHAYA

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. Tim Perizinan Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta  
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. Dengan disaksikan oleh :

- a. Apoteker Pengelola Apotik :

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

- b. Tim Perizinan Upaya Pelayanan Kesehatan Swasta

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 :  
NIP :  
Pangkat :  
Jabatan :

Telah melakukan penyerahan untuk pengamanan obat keras dan bahan berbahaya lainnya sebagaimana tercantum dalam daftar terlampir.

Alasan melakukan pengamanan : .....  
Cara melakukan pengamanan : .....  
Tempat 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 Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah
2. Kepala Balai Besar POM di Semarang
3. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Sukoharjo
4. Arsip

Sukoharjo,  
Yang Mengamankan

Drs. SAHRODJI, Apt.  
NIP : 19640325411998031001

Saksi-saksi :

1. Dra. Hasanah Piet Susanti :  
2. .... :  
3. .... :

LAMPIRAN BERITA ACARA PENGAMANAN OBAT KERAS  
DAN BAHAN BERBAHAYA

No	Nama Obat	Satuan	Jumlah	Expired Date	No.Batch

Yang Menerima

( )

Sukoharjo,  
Yang Mengamankan

Drs. SAHRODJI, Apt.  
NIP : 19640325411998031001

Saksi-saksi :

1. Dra. Hasanah Piet Susanti :
2. .... :
3. .... :