Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Tenaga Tekhnis Kefarmasian (SIPTTK)

Kesatu/Kedua/Ketiga\*)

di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian

Yang terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Luwu Timur

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap dengan gelar :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Nomor Handphone :

E-mail :

No. STR :

Masa berlaku STR sampai :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian (SIPTTK) Kesatu/Kedua/Ketiga\*) sesuai SE Nomor HK.02.01/MENKES/6/2024 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Pasca Terbitnya Undang Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan, pada:

Nama Fasilitas Kefarmasian :

Alamat :

Waktu Praktik\*\*) : Hari :

 Jam :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto Kopi KTP
2. fotokopi STR yang dilegalisir
3. Surat Pernyataan akan mematuhi peraturan perundang-undangan dan etika profesi
4. Surat Pernyataan Tempat Praktik.
5. Surat Penyataan Kecukupan SKP dan Bukti kecukupan SKP untuk Perpanjangan SIPTTK
6. Foto Kopi Bukti pemenuhan kompetensi (serkom) bagi yang tidak pernah praktek lebih dari 5 tahun sebelum tahun 2023
7. Foto kopi SIPTTK ke 1 dan/atau SIPTTK ke 2 untuk penerbitan SIPTTK ke 2 dan/atau SIPTTK Ke 3
8. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Nama Kota, Tgl Bulan Tahun

Pemohon,

( Nama Lengkap )

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Luwu Timu

SURAT PERNYATAAN

AKAN MEMATUHI PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN DAN MELAKSANAKAN ETIKA PROFESI

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Nomor Handphone :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Saya akan bersunggung-sungguh mematuhi peraturan perundang-undangan dengan melaksanakan Etika Profesi, serta ketentuan Organisasi Persatuan Ahli Farmasi Indonesia.
2. Saya akan bersungguh-sungguh dalam melaksanakan Praktek Kefarmasian secara bertanggung jawab dalam praktek pelayanan kefarmasian sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional (SOP), standar pelayanan, dan menghormati hak pasien, serta mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai peraturan perundang-undangan
3. Pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat jasmani dan rohani serta dalam keadaan sadar tanpa paksaan dan tekanan dari pihak manapun serta dapat dipertanggung jawabkan,

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat untuk saya laksanakan dengan sepenuh hati.

Nama Kota, Tgl Bulan Tahun

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

( Nama Lengkap )

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama Lengkap : ...............................................................................

Alamat Rumah : ...............................................................................

Nomor STR : ...............................................................................

Menyatakan bahwa :

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, untunk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Nama Kota, tanggal bulan tahun

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

(………………………….…..)

Nama Lengkap

SURAT PERNYATAAN TEMPAT PRAKTIK

 Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat Rumah : Jl…………………………………………………………………………………

 Kel………………………………………. Kec. ………………………….

 Kota …………………………………...

Menyatakan bahwa tempat praktik saya adalah di :

1. Tempat praktik ke 1 (satu) :

Alamat Praktik : Jl………………………………………………………………………

 Kel………………………………. Kec. …………………………….

 Kota …………………………………...

 No. Telp/Fax/Hp ………………………………………………

 Hari / Jam Praktik : ……………………………………………

 (*terlampir fotocopy SIP)*

1. Tempat Praktik ke 2 (dua)

Alamat Praktik : Jl………………………………………………………………………

 Kel………………………………. Kec. …………………………….

 Kota …………………………………...

 No. Telp/Fax/Hp ………………………………………………

 Hari / Jam Praktik : ……………………………………………

 (*terlampir fotocopy SIP)*

1. Tempat Praktik ke 3 (tiga)

Alamat Praktik : Jl………………………………………………………………………

 Kel………………………………. Kec. …………………………….

 Kota …………………………………...

 No. Telp/Fax/Hp ………………………………………………

 Hari / Jam Praktik : ……………………………………………

 (*terlampir fotocopy SIP)*

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

…………, ………………2024

Yang Membuat Pernyataan

***Materai 10000***

(…………………………………….)