

Nomor :  
Lampiran : 1 ( satu ) berkas  
Hal. : **Permohonan Izin Apotek**

Kepada Yth :  
Kepala Dinas DPM & PTSP  
Kota Banjarbaru  
di –  
Banjarbaru

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon  
Nama Pemohon :  
Nomor SIPA :  
Nomor KTP :  
Alamat dan Nomor Telp :
2. Apotek  
Nama Apotek :  
Alamat :  
Nomor telp :
3. Dengan menggunakan sarana  
Nama Pemilik Sarana :  
Alamat :  
Nomor Pokok Wajib Pajak :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan :

1. KTP Apoteker Domisili Banjarbaru dan FC KTP PSA
2. Ijazah dan sumpah apoteker
3. Lolos Butuh/Pengantar Mutasi
4. STRA Apoteker dan SIPA dari Dinkes Banjarbaru\*
5. Surat Pernyataan dari Apoteker sebagai pengelola apotek bahwa tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi lain dan tidak menjadi APA di Apotek lain ( materai 10.000 )
6. Akte Perjanjian kerjasama antara Apoteker dan PSA di Notaris
7. Peta Lokasi dan denah bangunan secara terperinci
8. Status bangunan dalam bentuk Akte/SEWA/Kontrak (Bermaterai 10.000)
9. Daftar peralatan dan perlengkapan apotek yang ditandatangai apoteker
10. Daftar Asisten Apoteker Minimal 2 orang, FC Ijazah dan SIPTTK Dinkes Banjarbaru\*
11. Surat Izin Atasan bagi PNS/TNI dan Pegawai Pemerintah Lainnya
12. Surat pernyataan dari PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan bidang farmasi (materai 6000)
13. Surat Pernyataan Apoteker bersedia mengirimkan laporan rutin pada Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP) bermaterai 10.000
14. Rekomendasi IAI Cabang Banjarbaru
15. NPWP
16. Dokumen SPPL
17. Nomor Induk Berusaha (NIB)
18. Contoh blanko apotek (copy resep, nota, kwitansi, kartu stok, laporan narkotika psikotropika, surat pesanan, surat pesanan narkotika, surat pesanan psikotropika)
19. Berita acara dari BPOM Banjarmasin

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Banjarbaru,

**(penanggung jawab apotek)**

**NB : \*Untuk SIPA dan SIPTTK, diajukan bersamaan dengan pengajuan izin Apotek Baru**

**\*Semua Persyaratan harus dokumen asli tidak dalam bentuk fotocopy & di scan dalam bentuk pdf**

Nomor :  
Lampiran : 1 ( satu ) berkas  
Hal., : **Permohonan Izin Apotek (Perpanjangan)**

Kepada Yth :  
Kepala Dinas DPM & PTSP  
Kota Banjarbaru  
di –  
Banjarbaru

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon

Nama Pemohon :  
Nomor SIPA :  
Nomor KTP :  
Alamat dan Nomor Telp :  
:

2. Apotek

Nama Apotek :  
Alamat :  
Nomor telp :  
:

3. Dengan menggunakan sarana

Nama Pemilik Sarana :  
Alamat :  
Nomor Pokok Wajib Pajak :  
:

Bersama Permohonan ini kami lampirkan :

1. KTP Apoteker Domisili Banjarbaru dan FC KTP PSA
2. ijazah dan sumpah apoteker
3. STRA Apoteker dan SIPA dari Dinkes Banjarbaru
4. Akte Perjanjian kerjasama antara Apoteker dan PSA di Notaris
5. Peta Lokasi dan denah bangunan secara terperinci
6. Status bangunan dalam bentuk Akte/SEWA/Kontrak (Bermaterai 10.000)
7. Daftar peralatan dan perlengkapan apotek yang ditandatangai apoteker
8. Daftar Asisten Apoteker Minimal 2 orang, FC Ijazah dan SIPTTK Dinkes Banjarbaru
9. Surat Izin Atasan bagi PNS/TNI dan Pegawai Pemerintah Lainnya
10. Surat pernyataan dari PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan bidang farmasi (materai 6000)
11. Surat Pernyataan Apoteker bersedia mengirimkan laporan rutin pada Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP) bermaterai 10.000
12. Rekomendasi IAI Cabang Banjarbaru
13. NPWP
14. SPPL
15. Nomor Induk Berusaha (NIB)
16. SIA asli yang lama
17. Berita acara dari Dinkes setempat

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Banjarbaru, 20

**(penanggung jawab apotek)**

**NB : \*Semua Persyaratan harus dokumen asli tidak dalam bentuk fotocopy & di scan dalam bentuk pdf**

Nomor :  
Lampiran : 1 ( satu ) berkas  
Hal., : **Permohonan Izin Apotek karena pergantian apoteker**

Kepada Yth :  
Kepala Dinas DPM & PTSP  
Kota Banjarbaru  
di –  
Banjarbaru

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

**1. Pemohon**

Nama Pemohon :  
Nomor SIPA :  
Nomor KTP :  
Alamat dan Nomor Telp :  
:

**2. Apotek**

Nama Apotek :  
Alamat :  
Nomor telp :  
:

**3. Dengan menggunakan sarana**

Nama Pemilik Sarana :  
Alamat :  
Nomor Pokok Wajib Pajak :  
:

Bersama Permohonan ini kami lampirkan :

1. KTP Apoteker Domisili Banjarbaru dan FC KTP PSA
2. ijazah dan sumpah apoteker
3. Lolos Butuh/Pengantar Mutasi
4. STRA Apoteker dan SIPA dari Dinkes Banjarbaru
5. Akte Perjanjian kerjasama antara Apoteker dan PSA di Notaris
6. Surat pernyataan apoteker lama bersedia diganti apoteker baru (materai 10.000)
7. Surat pernyataan PSA bersedia bekerjasama dengan apoteker baru
8. SIA lama (asli)
9. Berita acara serah terima peralihan tanggung jawab pelayanan kefarmasian antara apoteker lama dengan apoteker baru
10. Peta Lokasi dan denah bangunan secara terperinci
11. Status bangunan dalam bentuk Akte/SEWA/Kontrak (Bermaterai 10.000)
12. Daftar peralatan dan perlengkapan apotek yang ditandatangai apoteker
13. Daftar Asisten Apoteker Minimal 2 orang, FC Ijazah dan SIPTTK Dinkes Banjarbaru
14. Surat Izin Atasan bagi PNS/TNI dan Pegawai Pemerintah Lainnya
15. Surat pernyataan dari PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan bidang farmasi (materai 6000)
16. Surat Pernyataan Apoteker bersedia mengirimkan laporan rutin pada Sistem Pelaporan Narkotika dan Psikotropika (SIPNAP) bermaterai 10.000
17. Rekomendasi IAI Cabang Banjarbaru
18. NPWP
19. Nomor Induk Berusaha (NIB)
20. Fotocopy SPPL
21. Contoh blanko apotek (copy resep, nota, kwitansi, kartu stok, laporan narkotika psikotropika, surat pesanan, surat pesanan narkotika, surat pesanan psikotropika)
22. Berita acara dari Dinkes setempat
23. Surat Kuasa bermaterai apabila pengurusan izin bukan apoteker ybs (dilampiri copy eKTP pemberi dan penerima kuasa)

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Banjarbaru, 20

**(penanggung jawab apotek)**

**NB : \*Semua Persyaratan harus dokumen asli tidak dalam bentuk fotocopy & di scan dalam bentuk pdf**

Nomor :  
Lampiran : 1 ( satu ) berkas  
Hal., : **Permohonan Izin Apotek karena pergantian pemilik (PSA)**

Kepada Yth :  
Kepala Dinas DPM & PTSP  
Kota Banjarbaru  
di –  
Banjarbaru

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

**1. Pemohon**

Nama Pemohon :  
Nomor SIPA :  
Nomor KTP :  
Alamat dan Nomor Telp :  
:

**2. Apotek**

Nama Apotek :  
Alamat :  
Nomor telp :  
:

**3. Dengan menggunakan sarana**

Nama Pemilik Sarana :  
Alamat :  
Nomor Pokok Wajib Pajak :  
:

Bersama Permohonan ini kami lampirkan :

1. KTP Apoteker Domisili Banjarbaru dan FC KTP PSA yang baru
2. STRA dan SIPA dari Dinkes Kota Banjarbaru
3. STRA Apoteker dan SIPA dari Dinkes Banjarbaru
4. Akte Perjanjian kerjasama antara Apoteker dan PSA yang baru di Notaris
5. SIA lama (asli)
6. Peta Lokasi dan denah bangunan secara terperinci
7. Status bangunan dalam bentuk Akte/SEWA/Kontrak (Bermaterai 10.000)
8. Daftar peralatan dan perlengkapan apotek yang ditandatangai apoteker
9. Daftar Asisten Apoteker Minimal 2 orang, FC Ijazah dan SIPTTK Dinkes Banjarbaru
10. Surat pernyataan pemilik yang lama bersedia digantikan dengan pemilik yang baru (materai 10.000)
11. NPWP a/n PSA yang baru
12. Nomor Induk Berusaha (NIB)
13. Dokumen SPPL
14. Berita acara dari Dinkes setempat
15. Surat Kuasa bermaterai apabila pengurusan izin bukan apoteker ybs (dilampiri copy eKTP pemberi dan penerima kuasa)

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Banjarbaru, 20

**(penanggung jawab apotek)**

**NB : \*Semua Persyaratan harus dokumen asli tidak dalam bentuk fotocopy & di scan dalam bentuk pdf**

Nomor :  
Lampiran : 1 ( satu ) berkas  
Hal., : **Permohonan Izin Apotek karena pindah lokasi**

Kepada Yth :  
Kepala Dinas DPM & PTSP  
Kota Banjarbaru  
di –  
Banjarbaru

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Apotek dengan data-data sebagai berikut :

**1. Pemohon**

Nama Pemohon :  
Nomor SIPA :  
Nomor KTP :  
Alamat dan Nomor Telp :  
:

**2. Apotek**

Nama Apotek :  
Alamat :  
Nomor telp :  
:

**3. Dengan menggunakan sarana**

Nama Pemilik Sarana :  
Alamat :  
Nomor Pokok Wajib Pajak :  
:

Bersama Permohonan ini kami lampirkan :

1. KTP Apoteker Domisili Banjarbaru dan FC KTP PSA
2. ijazah dan sumpah apoteker
3. STRA Apoteker dan SIPA dari Dinkes Banjarbaru
4. Akte Perjanjian kerjasama antara Apoteker dan PSA di Notaris
5. SIA lama (asli)
6. Peta Lokasi dan denah bangunan yang baru secara terperinci
7. Status bangunan dalam bentuk Akte/SEWA/Kontrak (Bermaterai 10.000)
8. Daftar Asisten Apoteker Minimal 2 orang, FC Ijazah dan SIPTTK Dinkes Banjarbaru
9. Surat pernyataan dari PSA tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan bidang farmasi (materai 10.000)
10. Rekomendasi IAI Cabang Banjarbaru
11. NPWP
12. Nomor Induk Berusaha (NIB)
13. Dokumen SPPL yang baru
14. Berita acara dari Dinkes setempat
15. Surat Kuasa bermaterai apabila pengurusan izin bukan apoteker ybs (dilampiri copy eKTP pemberi dan penerima kuasa)

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya diucapkan terima kasih

Banjarbaru, 20

**(penanggung jawab apotek)**

**NB : \*Semua Persyaratan harus dokumen asli tidak dalam bentuk fotocopy & di scan dalam bentuk pdf**