*Form RPP-1*

Lampiran : 1 (satu) berkas

Perihal : Permohonan Rekomendasi Praktek Profesi

Kepada Yth,

Ketua PC IAI Kota Bandar Lampung

di –

Bandar Lampung

Dengan hormat,

Bersama ini saya mengajukan permohonan rekomendasi praktek profesi untuk SIPA-1 dengan data sebagai berikut :

1. DATA PEMOHON

Nama Lengkap dan Gelar :

Tempat Tanggal Lahir :

Alamat lengkap (sesuai e-KTP) :

Nomor Handphone/WA :

Email :

No. STRA :

Masa berlaku s/d :

No. Setifikat Kompetensi :

Masa berlaku s/d :

1. DATA SARANA KEFARMASIAN

Nama Sarana :

Jenis Sarana : Apotek/Klinik Kesehatan/Klinik Kecantikan/RS/PBF/Puskes\*)

Alamat lengkap :

Status Kepemilikan : Milik Sendiri/Milik Pihak Lain/Kerjasama Modal\*)

Sebagai Apoteker : Penanggung Jawab/Pendamping

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir :

1. Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP)/Surat Keterangan Domisili dari Kelurahan.
2. Kartu Tanda Anggota IAI Lampung dan masih berlaku.
3. Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA,) minimal 3 bulan sebelum berakhir
4. Sertifikat Kompetensi Apoteker , minimal 3 bulan sebelum berakhir
5. Surat pernyataan Apoteker bermaterai 6000 (*Form RPP-2*) tentang:
6. Akan melaksanakan praktek secara bertanggung jawab dan tidak melanggar kode etik, pedoman disiplin dan peraturan organisasi;
7. Tidak sebagai Apoteker Penanggung jawab ganda (double apoteker penanggung jawab) di sarana kefarmasian lain.
8. Surat Keterangan mutasi dari Pengurus Daerah IAI Lampung yang ditujukan ke PC IAI Bandar Lampung (bagi pemohon yang berasal dari luar provinsi lampung)
9. Surat Keterangan mutasi dari Pengurus Cabang IAI lain di Provinsi Lampung yang ditujukan ke PC IAI Bandar Lampung (bagi pemohon yang berasal dari luar Kota Kota Bandar Lampung)
10. Surat Pencabutan SIPA dari Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung.
11. Berita Acara Serah Terima Apoteker Pengganti diketahui Dinas Kesehatan Kota Bandar Lampung (bagi permohonan yang melakukan pergantian Apoteker Penanggung Jawab)
12. Surat Keterangan Pengangkatan bagi Pegawai (bagi apoteker yang praktek di sarana kefarmasian milik Pemerintah/BUMN/Perusahaan/ koperasi)
13. Surat Pernyataan kepemilikan bermaterai 6000 (bagi apoteker dengan modal milik sendiri/milik sendiri)
14. Perjanjian Kerjasama Pelengkap dengan investor/pimpinan klinik (bagi apoteker dengan modal pihak lain/apoteker sebagai penanggung jawab klinik)
15. Surat pengangkatan sebagai Apoteker Pendamping dari Apoteker Penganggung Jawab setempat (bagi pemohon sebagai Apoteker Pendamping)
16. Surat pernyataan jadwal praktek profesi Apoteker
17. Denah Lokasi Apotek/Klinik yang menggambarkan fasilitas kesehatan lain (Apotek/Puskesmas/Klinik/RS) disekitarnya dengan radius 200 meter.

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

Bandar Lampung,……………………………..

Pemohon,

……………………………………….

*Form RPP-2*

Lampiran : 1 (satu) berkas

Perihal : Permohonan Rekomendasi Praktek Profesi

Kepada Yth,

Ketua PC IAI Kota Bandar Lampung

di –

Bandar Lampung

Dengan hormat,

Bersama ini saya mengajukan permohonan rekomendasi praktek profesi untuk SIPA-2 dengan data sebagai berikut :

1. DATA PEMOHON

Nama Lengkap dan Gelar :

Tempat Tanggal Lahir :

Alamat lengkap (sesuai e-KTP) :

Nomor Handphone/WA :

Email :

No. STRA :

Masa berlaku s/d :

No. Setifikat Kompetensi :

Masa berlaku s/d :

1. DATA SARANA KEFARMASIAN

Nama Sarana Praktik SIPA-1 :

Alamat Sarana Praktik SIPA-1 :

Status Pemohon Apoteker Pada Sarana SIPA-1 : Penanggung Jawab/Pendamping\*)

Nama Sarana Praktik SIPA-2 :

Alamat Sarana Praktik SIPA-2 :

Status Pemohon Apoteker Pada Sarana SIPA-2 : Penanggung Jawab/Pendamping\*)

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir :

1. Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP)/Surat Keterangan Domisili dari Kelurahan.
2. Kartu Tanda Anggota IAI Lampung dan masih berlaku.
3. Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA,) minimal 3 bulan sebelum berakhir
4. Sertifikat Kompetensi Apoteker , minimal 3 bulan sebelum berakhir
5. SIPA-1
6. Rekap kehadiran praktek pada sarana SIPA-1 disertai bukti absensi kehadiran 3 (tiga) bulan terakhir.
7. Laporan Pelayanan Informasi Obat (PIO) kepada pasien di sarana SIPA-1 selama 3 (tiga) bulan terakhir.
8. Surat izin dari pimpinan dan atau Apoteker di sarana SIPA-1.
9. Surat Pembagian Tugas Pekerjaan Kefarmasian Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian pada sarana SIPA-1 (sertakan/lampirkan SIKTTK di sarana SIPA-1).
10. Surat pernyataan Apoteker bermaterai 6000 (*Form RPP-3*) tentang:
11. Tidak sedang sebagai Apoteker Penanggung jawab ganda (double apoteker penanggung jawab) di sarana kefarmasian lain untuk saat ini dan juga selama saya menjadi Apoteker Pengelola di apotek yang saya mohonkan rekomendasinya.
12. Akan melaksanakan praktek secara bertanggung jawab dan tidak melanggar kode etik, pedoman disiplin dan peraturan organisasi.
13. Tidak pernah mendapat sanksi kode etik dari MEDAI.
14. Tidak pernah mendapat peringatan tertulis dari BBPOM setempat.
15. Surat pernyataan jadwal praktek profesi Apoteker di sarana SIPA-2
16. Denah Lokasi Apotek/Klinik yang menggambarkan fasilitas kesehatan lain (Apotek/Puskesmas/Klinik/RS) disekitarnya dengan radius 200 meter (bagi sarana SIPA-2 yang baru berdiri).

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

Bandar Lampung,……………………………..

Pemohon,

……………………………………….

*Form RPP-3*

**SURAT PERNYATAAN APOTEKER**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat, tanggal lahir :

Nomor KTA :

Nomor STRA :

Alamat :

Nomor HP/WA :

Dengan ini menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saya:

1. Tidak sedang sebagai Apoteker Penanggung jawab ganda (double apoteker penanggung jawab) di sarana kefarmasian lain untuk saat ini dan juga selama saya menjadi Apoteker Pengelola di apotek yang saya mohonkan rekomendasinya.
2. Akan melaksanakan praktek secara bertanggung jawab dan tidak melanggar kode etik, pedoman disiplin dan peraturan organisasi.
3. Tidak pernah mendapat sanksi kode etik dari MEDAI.
4. Tidak pernah mendapat peringatan tertulis dari BBPOM setempat.

Apabila saya melanggar pernyataan ini maka saya bersedia menerima sanksi administrasi sesuai dengan peraturan organisasi yang berlaku dan atau sanksi hukum yang berlaku di Negara Republik Indonesia.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sungguh-sungguh.

Bandar Lampung,……………………………….

Yang menyatakan,

Materai 6000

……………………………….