



# Pengurus Cabang Kota Bandar Lampung IKATAN APOTEKER INDONESIA

Sekretariat :  
Dinas Kesehatan Provinsi Lampung  
Jl. Dr. Sisilo No.44 Pahoman Bandar Lampung Kode Pos: 35123

Nomor : SE-004/PC-IAI/BDL/II/2019  
Perihal : Prosedur Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang  
Lampiran : 1 (satu) lembar

Kepada Ykh:  
Teman Sejawat Apoteker  
Anggota Cabang Kota Bandar Lampung

Di –  
Bandar Lampung

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penataan prosedur permohonan pengantar SIPA-2 antar cabang serta untuk menghindari penumpukan kertas dokumen (*Paper Stacking Documents*), maka telah disusun Prosedur Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang sebagai berikut:

1. Teman Sejawat mengajukan Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang kepada Ketua PC IAI dengan melengkapi berkas permohonan.
2. Berkas Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang sebagai berikut :
  - 1) Surat Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang (*Form Pengantar SIPA-2*)
  - 2) Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP)/Surat Keterangan Domisili dari Kelurahan.
  - 3) Kartu Tanda Anggota IAI Lampung dan masih berlaku.
  - 4) Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)
  - 5) Sertifikat Kompetensi Apoteker
  - 6) SIPA-1
  - 7) Rekap kehadiran praktek pada sarana SIPA-1 disertai bukti absensi kehadiran 3 (tiga) bulan terakhir.
  - 8) Surat Pembagian Tugas Pekerjaan Kefarmasian Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian pada sarana SIPA-1 (sertakan/lampirkan SIKTTK di sarana SIPA-1).
  - 9) Surat pernyataan sejawat pemohon bermaterai 6000 tentang
    - a. Tidak sedang menjadi apoteker penanggung jawab/pendamping dan tidak sedang memiliki SIPA-2/SIPA-3 di sarana kefarmasian lain di cabang IAI bandar Lampung.
    - b. Akan melaksanakan praktek secara bertanggung jawab dan tidak melanggar kode etik, pedoman disiplin dan peraturan organisasi.
    - c. Tidak pernah mendapat sanksi kode etik dari MEDAI.
    - d. Tidak pernah mendapat peringatan tertulis dari BBPOM setempat.
3. Berkas Permohonan dibuat dalam bentuk PDF dan dikirimkan via email ke alamat: [pcaibalam@gmail.com](mailto:pcaibalam@gmail.com), setelah itu pemohon melakukan konfirmasi via WA ke Sekretaris PC IAI bahwa telah mengirimkan berkas via email.
4. PC IAI akan melakukan verifikasi berkas Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang dalam waktu maksimal 7 (tujuh) hari kerja;
  - a. Jika dinyatakan lengkap maka PC IAI akan meminta sejawat pemohon untuk mentransfer biaya administrasi dan iuran tahunan anggota, setelah bukti transfer ditunjukkan maka kemudian PC akan memproses penerbitan Surat Pengantar SIPA-2 Antar Cabang;
  - b. Jika berkas dinyatakan tidak lengkap maka PC dapat menolak atau meminta perbaikan berkas kepada pemohon.
5. PC akan menghubungi sejawat pemohon untuk mengambil surat pengantar dan meminta sejawat pemohon untuk membawa berkas permohonan tersebut diatas.
6. Sejawat pemohon menyerahkan Surat Pengantar SIPA-2 Antar Cabang tersebut ke Pengurus Daerah (PD) IAI Lampung untuk proses lebih lanjut di tingkat PD.



Pengurus Cabang Kota Bandar Lampung  
**IKATAN APOTEKER INDONESIA**

Sekretariat :  
Dinas Kesehatan Provinsi Lampung  
Jl. Dr. Sisilo No.44 Pahoman Bandar Lampung Kode Pos: 35123

7. Apabila dalam waktu 7 (tujuh) hari kerja sejawat pemohon belum menerima informasi tindak lanjut berkas permohonannya, maka sejawat pemohon dapat mengkonfirmasi kepada PC IAI melalui WA pada hari dan jam kerja.

Demikian prosedur permohonan mutase ini disampaikan, atas perhatian dan kerjasama sejawat kami ucapkan terima kasih.

Bandar Lampung, 06 Februari 2019

**PENGURUS IKATAN APOTEKER INDONESIA  
CABANG KOTA BANDAR LAMPUNG**

Ketua,

Yetri Darnas, S.Si., Apt  
NA.28041980027459



Sekretaris,

Ahmad Junaidi, S.Si., Apt  
NA.15031981027479

Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang

Kepada Yth,  
Ketua PC IAI Kota Bandar Lampung  
di –  
Bandar Lampung

Dengan hormat,

Bersama ini saya mengajukan Permohonan Pengantar SIPA-2 Antar Cabang 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 :  
Nama Sarana Praktik SIPA-1 :  
Nomor SIPA-1 :  
Alamat Sarana Praktik SIPA-1 :

2. DATA SARANA PRAKTIK SIPA-2 YANG AKAN DITUJU

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

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)
- 4) Sertifikat Kompetensi Apoteker
- 5) SIPA-1
- 6) Rekap kehadiran praktek pada sarana SIPA-1 disertai bukti absensi kehadiran 3 (tiga) bulan terakhir.
- 7) Surat Pembagian Tugas Pekerjaan Kefarmasian Apoteker dan Tenaga Teknis Kefarmasian pada sarana SIPA-1 (sertakan/lampirkan SIKTTK di sarana SIPA-1).
- 8) Surat pernyataan bermaterai 6000 tentang sejawat pemohon tidak sedang menjadi apoteker penanggung jawab/pendamping dan tidak sedang memiliki SIPA-2/SIPA-3 di sarana kefarmasian lain di cabang IAI bandar Lampung.

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

Bandar Lampung,.....  
Pemohon,

.....

**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 menjadi apoteker penanggung jawab/pendamping dan tidak sedang memiliki SIPA-2/SIPA-3 di sarana kefarmasian lain di cabang IAI bandar lampung.
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

.....