……………………………. 2022

Nomor : Kepada Yth :

Lampiran : Kepala Dpmptsp

Perihal : Permohonan (SIKTTK) Kabupaten Deli Serdang

 di -

Lubuk Pakam

Dengan Hormat,

Yang bertandatangan di bawah ini :

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

No.STRTTK : ..............................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : ..............................................................................................

Jenis Kelamin : ..............................................................................................

Lulusan : D3 Farmasi/Sarjana Farmasi

Tahun Lulus : ..............................................................................................

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

Telp : ..............................................................................................

Nama Sarana : ..............................................................................................

Alamat Sarana : ..............................................................................................

Nomor Hp : ..............................................................................................

E-Mail : ..............................................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian (SIKTTK) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan No.889/MENKES/PER/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

Sebagai Bahan Pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy STRTTK dan Ijazah
2. Foto copy KTP Penanggung Jawab
3. Kartu BPJS Kesehatan
4. Surat Pernyataan Asisten Apoteker tidak sebagai penanggung jawab Toko Obat lain;
5. Surat Rekomendasi dari organisasi yang menghimpun tenaga teknis kefarmasian
6. Pas photo terbaru berwarna ukuran 3x4 cm sebanyak 2 (dua) lembar

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

Tanda Tangan

*Materai*

*Rp.10.000*

(…………………………)

**SURAT PERNYATAAN**

Kami yang bertanda tangan di bawah ini :

**Nama Pemilik Sarana** : ........……………………………………..….……………...

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

 : Kel/Desa .…………………........ Kec …........................…

 : Kab/Kota ...............................……………….…………….

No.Telp/Hp : …………………...………………………………………...

**Penanggung Jawab** : ...................................……………………………………...

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

 : Kel/Desa.…………………........ Kec …......................…...

 : Kab/Kota ...............................……………….…………….

No.Telp/Hp : ..…………………………………………………………...

**Nama Sarana**  : ……………..……………………………………………...

Alamat Sarana : ……………..……………………………………………...

: Kel/Desa.…………………........ Kec …......................…...

 : Kab/Kota ...............................……………….…………….

No.Telp/Hp : ..……………....................………………………………...

Dengan ini menyatakan saya tidak akan menjadi penanggung jawab di Toko Obat yang lain serta saya akan tunduk dan patuh terhadap peraturan perundangan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun

 ……………………...……, 2022

 Yang Menyatakan

Pemilik Sarana Penanggung Jawab

 Materai

 Rp.10.000

( .. ……………......……. ) ( .. ……………......…….