



Kepada Yth.
Kepala Dinas DPPTSP
Kabupaten Deli Serdang
di -

Lubuk Pakam

Bersama ini kami kirimkan kelengkapan berkas permohonan Surat Izin Apotek (SIA) :

Atas nama :

Lokasi :

No.	KELENGKAPAN BERKAS	ADA	TIDAK ADA
1.	Permohonan (bermaterai)		
2.	Fotocopy KTP Penanggung Jawab		
3.	Fotocopy NPWP Penanggung Jawab		
4.	Fotocopy Ijazah Apoteker		
5.	Fotocopy Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)		
6.	Fotocopy Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)		
7.	Surat Rekomendasi Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Cabang Deli Serdang		
8.	Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Deli Serdang		
9.	Surat Pernyataan Pemohon Tidak Terlibat Pelanggaran Peraturan Perundang-Undangan di Bidang Obat		
10.	Surat Pernyataan Pemohon Apoteker pengelola Apotek Tidak Bekerja pada Perusahaan Farmasi Lain dan Tidak Menjadi Apoteker Pengelola Apotek Lain		
11.	Pasfoto 3x4 (2 lembar)		
12.	Asli dan Salinan Surat Izin Atasan bagi Pemohon PNS, Anggota ABRI dan Pegawai Instansi Pemerintah		
13.	Daftar Rincian Perlengkapan Apotek		
14.	Fotocopy KTP Asisten Apoteker		
15.	Fotocopy NPWP Asisten Apoteker		
16.	Fotocopy Ijazah Surat Tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian (STRTTK)		
17.	Denah Lokasi Apotek		
18.	Surat Keterangan Status Bangunan Apotek (Akte Hak Milik/Sewa)		
19.	Fotocopy Akte Notaris Perjanjian Kerjasama antara Apoteker Pengelola Apotek (APA) dan Pemilik Sarana Apotek (PSA)		
20.	Fotocopy SIUP		
21.	Fotocopy TDP		
22.	Fotocopy HO		

Petugas Penerima,

Petugas Pemeriksa,

(.....)

(.....)



PERMOHONAN IZIN APOTEK

2021

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab.
Deli Serdang
di -
Lubuk Pakam

Bersama ini kami mengajukan permohonan Surat Izin Apotek :

1. Pemohon
Nama Apoteker:
Nomor STRA :
Nomor SIPA :
Nomor KTP :
Alamat dan No.Telp :
Pekerjaan sekarang :
NPWP :
2. Data Apotek
Nama Apotek :
Nomor Telp :
Lokasi :
Desa/Kelurahan :
Kecamatan :
3. Sarana Apotek
Status : Milik Sendiri / Milik Pihak Lain (PSA)*
Nama pemilik :
Alamat :
NPWP :

Bersama surat permohonan ini turut kami lampirkan kelengkapan berkas yang dipersyaratkan (ceklist lampiran permohonan) .

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan persetujuan Bapak kami ucapkan terima kasih.

Hormat saya,
Pemohon

Materai
Rp. 10.000

(.....)



**SURAT PERNYATAAN
TIDAK TERLIBAT PELANGGARAN PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN
DI BIDANG OBAT**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat/Tgl.Lahir :
Alamat :
Pekerjaan :

Sampai saat surat pernyataan ini dibuat, saya tidak pernah terlibat dalam pelanggaran perundang-undangan di bidang obat.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa paksaan dan tekanan dari pihak manapun.

..... 2021

Hormat saya,
Pemohon

Materai
Rp. 10.000

(.....)



**SURAT PERNYATAAN
APOTEKER PENGELOLA APOTEK**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a
Tempat/Tgl.Lahir :
Nomor STRA :
Nomor SIPA :
Alamat :
.....

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya tidak bekerja tetap pada perusahaan farmasi dan tidak menjadi Apoteker pengelola di tempat lain.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat tanpa paksaan dan tekanan dari pihak manapun..

..... 2021

Hormat saya,
Pemohon

Materai
Rp. 10.000

(.....)