

Nomor	:	Yogyakarta, .....
Lampiran	:	Kepada
Perihal	:	Yth. Kepala Dinas kesehatan Kota Yogyakarta
		di - Yogyakarta
		Permohonan Penutupan dan Pengembalian Surat Izin Apotek

Dengan ini kami mengajukan permohonan penutupan dan pengembalian surat izin apotek, dengan data sebagai berikut :

- I. PEMOHON
  - 1. Nama Pemohon : .....
  - 2. Alamat Lengkap : .....
  - 3. Nomor KTP : .....
  - 4. Nomor SIPA : .....
  - 5. Pekerjaan Sekarang : .....
  - 6. Nomor Telpon / HP : .....
  - 7. NPWP : .....
- II. APOTEK
  - 1. Nama Apotek : .....
  - 2. Alamat Lengkap : .....
  - 3. Nomor Telpon / HP : .....
  - 4. Nama APA : .....
  - 5. Nomor SIK/SIPA : .....
  - 6. Nomor SIA : .....
- III. Dengan menggunakan sarana : milik sendiri / milik pihak lain \*)
  - 1. Nama Pemilik Apotek : .....
  - 2. Alamat Lengkap : .....
  - 3. Nomor Telpon / HP : .....
  - 4. NPWP : .....

Alasan pengembalian izin :

.....  
 .....  
 .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon
2. Foto copy KTP APA (Apoteker Pengelola Apotek)
3. Foto copy Akta Perjanjian Kerjasama APA dan PSA
4. Surat Ijin Apotek (Asli)
5. SIPA (Asli)
6. SIPTTK (Asli)
7. Berita acara pemusnahan resep (resep dengan umur simpan lebih dari 5 (lima) tahun)
8. Berita acara pemusnahan obat (obat rusak dan kadaluwarsa)
9. Berita acara serah terima pengelolaan obat antar apotek
10. Berita acara pengamanan obat keras dan bahan berbahaya
11. Berita acara pengamanan narkotika dan psikotropika

Demikian surat permohonan kami, atas perhatian dan persetujuannya kami sampaikan terima kasih.

Pemohon

.....

TANDA TERIMA BERKAS PERMOHONAN

ARSIP

Jenis Izin : Permohonan Penutupan Apotek  
Nama Pemohon : ..... / Telp. ....

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon                                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Foto copy KTP APA (Apoteker Pengelola Apotek)                                      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Foto copy Akta Perjanjian Kerjasama APA dan PSA                                    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Surat Ijin Apotek (Asli)   | <input type="checkbox"/> |
| 5. SIPA (Asli)  | <input type="checkbox"/> |
| 6. SIPTTK (Asli)  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Berita acara pemusnahan resep (resep dengan umur simpan lebih dari 5 (lima) tahun) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Berita acara pemusnahan obat (obat rusak dan kadaluwarsa)                          | <input type="checkbox"/> |
| 9. Berita acara serah terima pengelolaan obat antar apotek                            | <input type="checkbox"/> |
| 10. Berita acara pengamanan obat keras dan bahan berbahaya                            | <input type="checkbox"/> |
| 11. Berita acara pengamanan narkotika dan psikotropika                                | <input type="checkbox"/> |

Berkas LENGKAP/BELUM LENGKAP  
Diterima Tgl. ....

Verifikator

Yang menyerahkan

Yang menerima,

( ..... )

( ..... )

( ..... )

**Untuk Pemohon**

Penerbitan Surat Izin di Dinas Kesehatan Kota Yogyakarta tidak dipungut biaya apapun (gratis)

TANDA TERIMA BERKAS PERMOHONAN

Jenis Izin : Permohonan Penutupan Apotek  
Nama Pemohon : ..... / Telp. ....

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon                                       | <input type="checkbox"/> |
| 2. Foto copy KTP APA (Apoteker Pengelola Apotek)                                      | <input type="checkbox"/> |
| 3. Foto copy Akta Perjanjian Kerjasama APA dan PSA                                    | <input type="checkbox"/> |
| 4. Surat Ijin Apotek (Asli)   | <input type="checkbox"/> |
| 5. SIPA (Asli)  | <input type="checkbox"/> |
| 6. SIPTTK (Asli)  | <input type="checkbox"/> |
| 7. Berita acara pemusnahan resep (resep dengan umur simpan lebih dari 5 (lima) tahun) | <input type="checkbox"/> |
| 8. Berita acara pemusnahan obat (obat rusak dan kadaluwarsa)                          | <input type="checkbox"/> |
| 9. Berita acara serah terima pengelolaan obat antar apotek                            | <input type="checkbox"/> |
| 10. Berita acara pengamanan obat keras dan bahan berbahaya                            | <input type="checkbox"/> |
| 11. Berita acara pengamanan narkotika dan psikotropika                                | <input type="checkbox"/> |

Berkas LENGKAP/BELUM LENGKAP  
Diterima Tgl. ....

Verifikator

Yang menyerahkan

Yang menerima,

( ..... )

( ..... )

( ..... )