**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**

**NOMOR : ${number\_letter}**

Berdasarkan Rekomendasi teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba nomor ${no\_rekomendasi\_teknis} tanggal ${tgl\_rekomendasi\_teknis}, Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bulukumba memberikan Izin Praktik Apoteker (SIPA) pada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | **${nama\_pemohon}** |
| Tempat/Tanggal Lahir | : | **${place\_of\_birth} / ${date\_of\_birth}** |
| Alamat Rumah | : | **${address\_ktp}** |
| Nomor STRA | : | **${no\_stra}** |
| Nama Tempat Praktik/Kerja | : | **${nama\_tempat\_praktik}** |
| Alamat Tempat Praktik | : | **${alamat\_tempat\_praktik}** |
| Waktu Praktik | : | **Hari : Senin s/d Sabtu**  **Jam : 08:00 s/d 21:00 Wita** |
| SIPA Berlaku sampai dengan | : | **${masa\_berlaku\_surat}** |

Dengan ketentuan sebagai berikut :

|  |  |
| --- | --- |
| 1. | Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang - undangan. |
| 2. | SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dikeluarkan di : Bulukumba |
|  | Pada Tanggal : ${terbit} |
| ${qr\_code} | |  |  | | --- | --- | |  | Kepala Dinas DPMPTSP  Dra. Hj. Umrah Aswani, MM  Pangkat : Pembina Utama Muda-IV/c  Nip : 19670304 199303 2 010 | |