**SURAT IZIN APOTEK (SIA)**

**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 DPMPTSP Kabupaten Bulukumba memberikan Izin Apotek kepada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Apotek | : | ${nama\_apotek} |
| Alamat Apotek | : | ${alamat\_apotek} |
| Telepon | : | ${telepon} |
| Desa / Kelurahan | : | ${desa\_kelurahan} |
| Kecamatan | : | ${kecamatan} |
| Kabupaten | : | Bulukumba |
| Masa Berlaku SIA | : | ${masa\_berlaku\_surat} |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ${nama\_pemohon} |
| Tempat/Tanggal Lahir | : | ${place\_of\_birth} / ${date\_of\_birth} |
| Alamat Rumah | : | ${address\_ktp} |
| Nomor STRA | : | ${no\_stra} |
| Masa Berlaku STRA | : | ${masa\_berlaku\_stra} |

Dengan ketentuan sebagai berikut :

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 | |