

**PEMERINTAH KABUPATEN BIREUEN**

**KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU SATU PINTU**

**Kantor Pusat Pemerintahan Kabupaten Bireuen, Cot Gapu – Bireuen 24251**

**Telepon : (0644) 21212 Faks: (0644) 324287 Email : ptsp.bireuen@gmail.com**

**SURAT IZIN APOTIK**

**NOMOR : ${no\_sk}**

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1332 / Menkes / SK / X / 2002 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 922 / Menkes / Per / X / 1993 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotik, Jo. Perubahan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 922/Menkes/Per/X/1993 tentang Kententuan dan Tata cara Pemberian Izin Apotik, yang bertanda tangan di bawah ini Kepala Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bireuen memberikan Izin Apotik kepada :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | Nama | : | **${nama\_pemilik}** |
| 2. | Alamat | : | **${alamat\_lengkap\_pemilik} Kabupaten Bireuen** |
| 3. | Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) | : | **${no\_sipa}** |
| 4. | Nama Apotek | : | **${nama\_apotek}** |
| 5. | Alamat Apotek | : | **${alamat\_lengkap\_apotek} Kabupaten Bireuen** |
| 6. | Nama Pemilik Sarana | : | **${nama\_pemilik\_sarana}** |
| 7. | Alamat | : | **${alamat\_lengkap\_pemilik\_sarana} Kabupaten Bireuen** |
| 8. | Akte Perjanjian Kerjasama |  |  |
|  | Nomor | : | **${no\_akte\_perjanjian}** |
|  | Tanggal | : | **${tanggal\_akte\_perjanjian}** |
|  | Yang dibuat diharapkan Notaris | : | **${nama\_notaris\_akte\_perjanjian}** |
|  | Di | : | **${tempat\_akte\_perjanjian}** |

Surat Izin Apotik ini di terbitkan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Izin Apotik ini berlaku untuk Apoteker atau Apoteker berkerjasama dengan Pemilik Sarana Apotik di lokasi dan sarana sebagaimana tersebut di atas.
2. Penyelesaian Apotik, harus selalu mematuhi ketentuan peraturan Perundang-undangan.
3. Surat izin ini berlaku selama 5 (lima) tahun yang akan berakhir pada tanggal **${tanggal\_perpanjangan}**, dengan ketentuan wajib mendaftar ulang setiap 1 (satu) tahun sekali yang harus diajukan dalam jangka waktu satu bulan sebelum batas waktu daftar ulang yaitu pada tanggal **${tanggal\_daftar\_ulang}**, pada Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bireuen, apabila pendaftaran ulang tidak dilaksanakan, maka Izin kesehatan tersebut tidak berlaku lagi.
4. Surat Keputusan ini di cabut kembali apabila terjadi hal-hal dimaksud dalam pasal 7 ayat 5 Keputusan Menteri Kesehatan No.1332/Menkes/SK.IX/2002, tentang Kentuan dan tata cara Pemberian Izin Apotek.

Ditetapkan di : **Bireuen**

Pada tanggal : **${tanggal\_terbit}**

**KEPALA KANTOR PELAYANAN**

**PERIZINAN TERPADU SATU PINTU**

**KABUPATEN BIREUEN**

**MUHAMMAD NASIR, SP**

**PEMBINA**

**NIP. 19621231 198711 1 002**

**DAFTAR ULANG SURAT IZIN / REKOMENDASI**

IZIN / REKOMENDASI NOMOR :

TELAH MEMENUHI PERSYARATAN UNTUK

DI DAFTAR ULANG

TANGGAL :

BERLAKU :

IZIN / REKOMENDASI NOMOR :

TELAH MEMENUHI PERSYARATAN UNTUK

DI DAFTAR ULANG

TANGGAL :

BERLAKU :

IZIN / REKOMENDASI NOMOR :

TELAH MEMENUHI PERSYARATAN UNTUK

DI DAFTAR ULANG

TANGGAL :

BERLAKU :

IZIN / REKOMENDASI NOMOR :

TELAH MEMENUHI PERSYARATAN UNTUK

DI DAFTAR ULANG

TANGGAL :

BERLAKU :