

		CHECKLIST BERKAS				No. Dokumen : FM-XX.E.26-01			
		IZIN APOTEK				Revisi : 00			
						Tgl Efektif : 02 September 2019			
TANGGAL :		NO. REG :							
<b>IDENTITAS PEMOHON</b>									
1	Nama :								
2	Alamat :								
3	No. Telp :								
4	Nama Usaha :								
5	Alamat Usaha :								
<b>CHECKLIST VERIFIKASI PERSYARATAN</b>									
<b>DIISI OLEH FRONT OFFICE</b>					<b>DIISI OLEH BACK OFFICE</b>				
NO	JENIS BERKAS	KELENGKAPAN BERKAS				Keterangan	PERSYARATAN		KETERANGAN
		Baru		Perpanjangan			OK	Tidak OK	
		Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada				
1	Surat permohonan bermaterai Rp. 6.000								
2	Fotokopi ijasah, Surat Sumpah dan SIK/Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)								
3	Surat Keterangan Sehat dari Dokter Pemerintah								
4	Fotokopi KTP								
5	Fotokopi NPWP Apoteker Pengelola Apotek								
6	Fotokopi NPWP Pemilik Sarana Apotik								
7	Fotokopi Akte Pendirian Badan Usaha (Bagi yang berbentuk Badan Usaha)								
8	Gambar Peta Lokasi dan denah bangunan Apotik								
9	Akte sewa menyewa, kontrak atau Akte Hak								
10	Daftar ketenagaan								
11	Fotokopi ijasah dan Surat Ijin Kerja Asisten Apoteker								
12	Daftar terperinci alat kelengkapan Apotik								
13	Surat pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotik (APA) tidak berkedudukan sebagai APA di Apotik Lain								
14	Surat Ijin Atasan bagi PNS, TNI/POLRI								
15	Akte Perjanjian Kerjasama Apoteker Pengelola Apotek (APA) dengan Pemilik Sarana Apotik (PSA)								
16	Surat Pernyataan dari Pemilik Sarana Apotik (PSA) tidak terlibat pelanggaran Peraturan Perundang-undangan di bidang Obat								
17	Surat Selesai Melaksanakan Masa Bakti Apoteker atau Surat pernyataan akan Melaksanakan Masa Bakti Apoteker								
18	Surat Pernyataan tidak berkeberatan diganti dari APA yang lama								
19	Surat Rekomendasi dari IAI Cabang Buleleng								
20	Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Buleleng								
21	Perjanjian Pelengkap Apoteker Pengelola Apotik dengan Pemilik Sarana Apotik								
22	Rancangan Papan Nama Apotik, Surat Pesanan, Kopi resep, dan rancangan lemari narkotika								
23	Surat lolos butuh dari Dinas Kesehatan Propinsi/Kabupaten/Kota								
24	Bukti Pembayaran terakhir BPJS Tenaga Kerja dan/ BPJS Kesehatan								
Status Tindak Lanjut :		Status Kelengkapan Berkas				Status Kelengkapan Persyaratan			
		<input type="checkbox"/> Berkas Tidak Lengkap Tetap dilanjutkan ke Bidang dengan Syarat <input type="checkbox"/> Berkas Lengkap <input type="checkbox"/> Berkas				<input type="checkbox"/> Dikembalikan ke loket <input type="checkbox"/> Diteruskan ke Pembuatan Izin dengan syarat sesuai kewenangan Kabid <input type="checkbox"/> Persyaratan Lengkap Lanjut Pembuatan Izin			
		Paraf FO :		Paraf BO :		Paraf Kasi :		Paraf Kabid :	
		Catatan Petugas:				Catatan Bidang:			