


|  | CHECKLIST BERKAS | No. Dokumen : FM-XX.E.26-01 Revisi : 01 Tgl Efektif : 15 Mei 2020 | | | | | | | |
|---|--|--|-----------|--------------|-----------|---|-------------|---------------|------------|
| | IZIN APOTEK | | | | | | | | |
| TANGGAL : | NO. REG : | | | | | | | | |
| IDENTITAS PEMOHON | | | | | | | | | |
| 1 | Nama : | | | | | | | | |
| 2 | Alamat : | | | | | | | | |
| 3 | No. Telp : | | | | | | | | |
| 4 | Nama Usaha : | | | | | | | | |
| 5 | Alamat Usaha : | | | | | | | | |
| CHECKLIST VERIFIKASI PERSYARATAN | | | | | | | | | |
| DIISI OLEH FRONT OFFICE | | DIISI OLEH BACK OFFICE | | | | | | | |
| 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 SIPA/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 Milik Bangunan dan IMB | | | | | | | | |
| 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 | SPPL | | | | | | | | |
| 25 | 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 dikembalikan | | | | <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: | | | |