**(……KOP…..)**

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

No KTP :

Tempat Praktik SIPA I :

Alamat Praktik SIPA I :

Wilayah IAI PC :

No SIPA I :

Tempat Praktik SIPA II :

Alamat Praktik SIPA II :

Wilayah IAI PC :

No SIPA II :

Sehubungan dengan pengajuan SIPA I/II/III untuk praktik profesi saya sebagai apoteker di sarana pelayanan kefarmasian…………………… di…………………..bersama ini saya menyatakan bahwa:

1. Saya akan melaksanakan kewajiban saya sebagai apoteker praktik bertanggung jawab di sarana pelayanan yang menjadi tanggung jawab saya sesuai jadwal yang sudah saya buat (terlampir)
2. Saya sudah memastikan tidak ada overlap waktu diantara masing-masing sarana kefarmasian yang menjadi tempat praktik
3. Saya sudah memastikan jarak tempuh antar masing-masing tempat praktik dapat ditempuh maksimum dalm waktu 1 (satu) jam

Surat pernyatan ini saya buat dengan sebenarnya, jika saya tidak melaksanakan kewajiban praktik sesuai jadwal yang saya buat ini, maka saya bersedia menerima sanksi berupa rekomendasi oleh IAI PC Surabaya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya untuk:

1. Dilakukan Teguran
2. Pencabutan SIPA

Demikian, surat pernyatan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya,………………………………

Menyetujui, ttd

Pemilik Sarana Praktik,

 *(materai 6000)*

………………………… ……………………………………

**Lampiran**

**JADWAL PRAKTIK**

**Tempat Praktik I : …………………………………………………**

**Hari & Jam Buka : ………………, pukul …………--…………**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAMA APOTEKER** | **HARI & JAM PRAKTIK** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tempat Praktik II : …………………………………………………**

**Hari & Jam Buka : ………………, pukul …………--…………**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAMA APOTEKER** | **HARI & JAM PRAKTIK** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Tempat Praktik III : …………………………………………………**

**Hari & Jam Buka : ………………, pukul …………--…………**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAMA APOTEKER** | **HARI & JAM PRAKTIK** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Keterangan: Mohon menuliskan hari dan jam praktik saudara serta apoteker lain yang berpraktik pada tempat yang sama. Sepanjang tidak ada apoteker praktik, tidak dilakukan pelayanan resep dan OWA.*

**Jika memiliki jadwal bergantian/shift berikut adalah Simulasi Jadwal Praktik selama seminggu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tempat Praktik** | **Jam Praktik** |
| **Senin** | **Selasa** | **Rabu** | **Kamis** | **Jumat** | **Sabtu** | **Minggu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**Surabaya,……………………………**

 **Apoteker**

 **……………………………………………..**