

**PERSYARATAN PELAYANAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KABUPATEN NIAS**

Surat Izin Praktik Apoteker

| NO. | PERSYARATAN ADMINISTRASI | PARAF | | | | Keterangan |
|-----------|--|-------|----|-------|--------|---|
| | | FO | BO | KABID | SEKDIS | |
| 1 | Surat Permohonan yang ditunjukkan kepada Kepala Dinas PMPTSP Kab. Nias | | | | | Diuraikan sebagai Apoteker Penanggungjawab/Pendamping dan SIP Ke-1, 2 atau 3. |
| 2 | Pasphoto Berwarna 3x4 cm menggunakan Pakaian Profesi | | | | | |
| 3 | Fotocopy KTP | | | | | |
| 4 | Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) yang telah dilegalisir. | | | | | |
| 5 | Surat Keterangan Tempat Praktik yang dikeluarkan oleh Pimpinan Fasilitas Kesehatan | | | | | |
| 6 | Fotocopy Ijazah Pemohon yang di Legalisir terbaru | | | | | |
| 7 | Bukti Kecukupan SKP | | | | | Khusus perpanjangan atau tidak berpraktik lebih dari 5 Tahun. |
| 8 | Cetak SIP Ke-1 dan/atau SIP Ke-2 | | | | | Cetakan SIP Ke-1 untuk Permohonan SIP Ke-2, Cetakan SIP Ke-1 dan SIP Ke-2 untuk Permohonan SIP Ke-3 |
| 9 | Nomor Induk Berusaha (NIB) | | | | | Khusus Apoteker yang berpraktik di Apotek/Klinik/RS/fasilitas lainnya yang dikelola swasta |
| Catatan : | | | | | | |

Tanggal Cetak : Thursday, 11 June 2026 03:03:41