



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Antonius Bayu Ariwibowo, S.Farm., Apt.
Alamat : Jambangan Kebon Agung No. 68 Surabaya
No. KTP : 35782330584003

Tempat Praktik SIPA I : RS. Mata Undaan Surabaya
Alamat Praktik SIPA I : Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya
Wilayah IAI PC : IAI Surabaya
No. SIPA I : 9840530/SIPA-35.78/2016/1101

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 RS. Mata Undaan Surabaya di Jl. Undaan Kulon No. 17 – 19 Surabaya 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 dalam waktu 1 (satu) jam.

Surat pernyataan 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 pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan untuk digunakan sebagaimana mestinya.

Menyetujui, 
Pemilik Sarana Praktik,


dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M

Surabaya, 2 Februari 2021



Antonius Bayu Ariwibowo, S.Farm, Apt



Lampiran

JADWAL PRAKTIK

Tempat Praktik I : RS. Mata Undaan Surabaya
 Hari & Buka Jam Buka : Senin – Sabtu, Pukul 07.00 – 14.00 WIB

NAMA APOTEKER	HARI & JAM PRAKTIK
Intan Kusumawati, S.Farm., Apt., MARS	Senin – Sabtu, 07.00 – 14.00 WIB
Antonius Bayu Ariwibowo, S.Farm., Apt.	Senin – Sabtu, 07.00 – 14.00 WIB
Yuvita Dian Damayanti, S.Farm., Apt.	Senin – Sabtu, 07.00 – 14.00 WIB

Tempat Praktik II :-
 Hari & Buka Jam Buka :-

NAMA APOTEKER	HARI & JAM PRAKTIK
-	-
-	-

Tempat Praktik III :-
 Hari & Buka Jam Buka :-

NAMA APOTEKER	HARI & JAM PRAKTIK
-	-
-	-

Keterangan : mohon menuliskan hari dan jam praktik Saudara serta apoteker lain yang berpraktik pada tempat praktik 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	Jum'at	Sabtu	Minggu
RS. Mata Undaan	07.00 – 14.00 WIB	07.00 – 14.00 WIB	07.00 – 14.00 WIB	07.00 – 14.00 WIB	07.00 – 14.00 WIB	07.00 – 14.00 WIB	-

Surabaya,
 Apoteker,

Antonius Bayu Ariwibowo, S.Farm., Apt