Lampiran : 1 (satu) berkas

Perihal : Surat Permohonan Mutasi ( antar Kab/Kota Dalam Satu Provinsi)

Kepada Yth,

Ketua PC IAI Kota Bandar Lampung

di –

Bandar Lampung

Dengan hormat,

Bersama ini saya mengajukan permohonan mutasi dengan data sebagai berikut :

Nomor KTP :

Nomor KTA :

Nama Lengkap :

Gelar :

Tempat Tanggal Lahir :

Alamat :

(Sesuai KTP)

Desa/Kelurahan :

Kecamatan :

Kab/ Kota :

Provinsi :

Handphone :

Email :

**Kab/Kota Tujuan** :

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir :

1. Fotocopi Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku ( 3 rangkap)
2. Fotocopi Kartu Tanda Anggota ( 3 Rangkap )
3. Fotocopi Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)
4. Fotokopi Sertifikat Kompetensi Apoteker
5. Surat keterangan tidak berpraktek/ bekerja lagi di tempat praktek lama ( 3 rangkap )
6. Fotocopi Berita Acara Serah Terima Peralihan Tanggung Jawab Pelayanan Kefarmasian
7. Surat Pencabutan SIPA dari Dinas Kesehatan Kab/Kota.
8. Borang Resertifikasi masa kompetensi yang telah berjalan ( 3 rangkap )

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

Bandar Lampung, …………………………………..

Pemohon,

……………………………………………………………….

Lampiran : 1 (satu) berkas

Perihal : Surat Permohonan Mutasi ( antar Kab/Kota luar Provinsi )

Kepada Yth,

Ketua PD IAI Provinsi Lampung

UP. Ketua PC IAI Kota Bandar Lampung

di –

Bandar Lampung

Dengan hormat,

Bersama ini saya mengajukan permohonan mutasi dengan data sebagai berikut :

Nomor KTP :

Nomor KTA :

Nama Lengkap :

Gelar :

Tempat Tanggal Lahir :

Alamat :

(Sesuai KTP)

Desa/Kelurahan :

Kecamatan :

Kab/ Kota :

Provinsi :

Handphone :

Email :

**Provinsi Tujuan**  :

**Kab/Kota Tujuan** :

Sebagai kelengkapan permohonan terlampir :

1. Fotocopi Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku ( 5 rangkap)
2. Fotocopi Kartu Tanda Anggota ( 5 Rangkap )
3. Fotocopi Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA)
4. Fotokopi Sertifikat Kompetensi Apoteker
5. Surat keterangan tidak berpraktek/ bekerja lagi di tempat praktek lama ( 5 rangkap )
6. Fotocopi Berita Acara Serah Terima Peralihan Tanggung Jawab Pelayanan Kefarmasian
7. Surat Pencabutan SIPA dari Dinas Kesehatan Kab/Kota.
8. Borang Resertifikasi masa kompetensi yang telah berjalan ( 5 rangkap )

Demikianlah permohonan ini diajukan, atas perhatiannya terima kasih.

Bandar Lampung, …………………………………..

Pemohon,

………………………………………………………………...