

PROVINSI SULAWESI BARAT
KABUPATEN POLEWALI MANDAR

NIK : 7604047112950056

Nama : IRMAYANI
Tempat/Tgl Lahir : POLEWALI, 31-12-1995
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah -
Alamat : JL. MANUNGGA, LR. 1.
NO. 3
RT/RW : 000/000
Kel/Desa : PEKKABATA
Kecamatan : POLEWALI
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : BELUM KAWIN
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



POLEWALI MANDAR
02-08-2016

KARTU TANDA PENDUDUK
REPUBLIK INDONESIA



npvp.

KPP PRATAMA MAKASSAR SELATAN

22.503.139.2-805.000

IRMAYANI

NPWP16 : 7604 0471 1295 0056



MINASA INDAH RESIDENCE BLOK. D NO. 30
MINASA UPA RAPPOCINI
KOTA MAKASSAR SULAWESI SELATAN
Tanggal Terdaftar 15/11/2024



djp

www.pajak.go.id

Pajak Kita Untuk Kita

npvp.



KEMENTERIAN KEUANGAN
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP dicantumkan dalam hal yang terkait dengan dokumen perpajakan
Dalam hal wajib pajak pindah tempat tinggal atau tempat kedudukan,
harap mengajukan permohonan pindah alamat.
Seluruh layanan perpajakan tidak dipungut biaya.



PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Petta Poggawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056
Website : <https://dpmptsp.bone.go.id> - Email : dpmptspbone@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)
Nomor: NR73082411004611

- Dasar:**
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
 - Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
 - Peraturan Bupati Bone Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

Memberi Izin kepada:

Nama : Irmayani
Tempat/ Tanggal Lahir : Polewali, 31 Desember 1995
Alamat Rumah : minasa indah residence blok D30, Desa/Kel. Minasa Upa, Kec. Rappocini, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

Profesi : Apoteker
Alamat Praktik : APOTEK AL MAIDAH, JL. POROS BONE SINJAI Desa/Kel. Padaelo, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan
Nomor STR : WX00001080957973

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 18 November 2029



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone
Pada Tanggal : 19 November 2024

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN BONE



Drs. ANDI AMRAN, M. Si.

Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 196811221989081001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone.
2. Arsip.



PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Petta Poggawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056
Website : <https://dpmptsp.bone.go.id> - Email : dpmptspbone@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)
Nomor: NR73082412004175

- Dasar:**
- Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
 - Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
 - Peraturan Bupati Bone Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

Memberi Izin kepada:

Nama : KASNIATI
Tempat/ Tanggal Lahir : Sungguminasa, 22 Agustus 1996
Alamat Rumah : ASRAMA YONIF 726 TAMALATEA, Desa/Kel. Tellongeng, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

Profesi : Tenaga Vokasi Farmasi Level 5
Alamat Praktik : APOTEK AL MAIDAH, JL. POROS BONE SINJAI Desa/Kel. Padaelo, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan
Nomor STR : LM00001651557012

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 13 Desember 2029



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone
Pada Tanggal : 13 Desember 2024

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN BONE



Drs. ANDI AMRAN, M. Si.

Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 196811221989081001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone.
2. Arsip.



Dokumen ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSxE) Badan Siber dan Sandi Negara.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
IZIN : 06112400352450001

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan IZIN APOTEK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

1. Nama Pelaku Usaha	: IRMAYANI
2. Nomor Induk Berusaha (NIB)	: 0611240035245
3. Alamat Kantor	: JL. MANUNGGAL, LR.1, Desa/Kelurahan Pekkabata, Kec. Polewali, Kab. Polewali Mandar, Provinsi Sulawesi Barat
4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI)	: 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik
5. Lokasi Usaha	: Jl.Poros Bone-Sinjai, Desa/Kelurahan Padaelo, Kec. Mare, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92767
6. Skala Usaha	: Usaha Mikro
7. Perubahan atas Izin	:
- Nama Izin	:
- Nomor Izin dan Tanggal Terbit	: -, Tanggal -

Lampiran Izin ini memuat daftar persyaratan dan/atau kewajiban sesuai dengan kode KBLI Pelaku Usaha dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari dokumen Izin yang dimaksud. Pelaku Usaha dengan Izin tersebut di atas wajib menjalankan kegiatan usahanya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan tanggal: 6 Februari 2025

a.n. Bupati Bone
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 6 Februari 2025

1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.
2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
IZIN : 06112400352450001**

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha, persyaratan dan/atau kewajiban:

Kode KBLI	Judul KBLI	Klasifikasi Risiko	Persyaratan dan/atau Kewajiban	Bukti Pemenuhan	Lembaga Verifikasi	Masa Berlaku
47721	Perdagangan Eceran Tinggi Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik		<p>Persyaratan:</p> <ul style="list-style-type: none">- Administrasi.- Lokasi.- Bangunan.- Sarana, prasana dan peralatan.- SDM. <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none">- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).	Telah terverifikasi	Pemerintah Kabupaten Bone	5 Tahun

1. Dengan ketentuan bahwa Izin tersebut hanya berlaku untuk Kode dan Judul KBLI yang tercantum dalam lampiran ini.
2. Pelaku Usaha wajib memenuhi persyaratan dan/atau kewajiban sesuai Norma, Standar, Prosedur, dan Kriteria (NSPK) Kementerian/Lembaga (K/L).
3. Verifikasi pemenuhan persyaratan Pelaku Usaha dilakukan oleh Kementerian/Lembaga/Pemerintah Daerah terkait.
4. Lampiran ini merupakan bagian tidak terpisahkan dari dokumen Izin tersebut.

1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.
2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.

FORM SPESIMEN RELASI
DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : *Apotek AL MAIDAH*

Alamat Relasi (sesuai Izin relasi) : *Kel. Padaelo (Jl. poros Bone - Sungai), Kec. Mare, kab. Bone*

No NPWP (*) : *22.503.139.2-005.000*

Surat Izin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : *061124003524500001*

dan Toko Obat) Masa berlaku *6 Februari 2030*

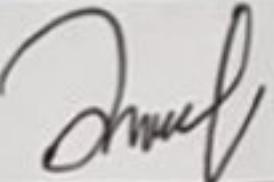
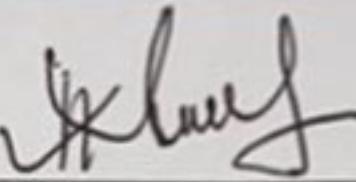
No Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB PBF (*) : Masa Berlaku

APJ / Apoteker Pendamping / TTK		Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)	<i>apj: irmaxam s-fu</i>	<i>MR+3082411009611</i>	<i>18 Maret 2023</i>	<i>082291136785</i>
2	Apoteker Pendamping 1				
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	<i>Kashiah</i>	<i>MR+308241204175</i>	<i>13 Desember 2029</i>	<i>0812 7588 4396</i>
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
					

Nama : *apj-irmaxam s-fu* Nama : Nama : Nama : Nama :

**APOTEK
AL MAIDAH**

Data Relasi (Operasional)

APOTEK

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) :

Handphone : Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :

Handphone : Telpon :

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : *apt. 15 Mayani S. Farm*
Tempat/Tgl lahir : *Pelelawali, 31 Desember 1995*
Alamat : *Jl. Manunggal. LR. 1 NO. 3*

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari menyatakan bersedia dan berkomitmen untuk memenuhi persyaratan kerja sama dengan PT. SAMPHARINDO PUTRA TRADING CABANG MAKASSAR, dengan rincian persyaratan sebagai berikut:

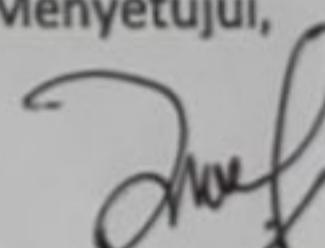
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "**transfer**" ke rekening resmi PT. Samphrindo Putra Trading
BCA (REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami atau langsung ke kontak admin WA (0822-9073-1208)
3. "**Tidak**" melakukan pembayaran dengan cara cash/tunai/transfer ke rekening salesman
4. Melengkapi **SP (Surat Pesanan)** asli dari setiap transaksi order, dengan cara menitipkan langsung ke pihak ekspedisi setelah barang/pesanan di terima

Demikian surat pernyataan ini diterbitkan, demi terciptanya keamanan dan kenyamanan transaksi antara outlet dan distributor.

Atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Bonne, 21 / Mei / 2025

Menyetujui,


(apt. 15 Mayani S. Farm)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili