



Alamat : Jl. Soekarno Hatta, Kecamatan Malli, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan
No. Telp. 08 12345 7756 Website : www.demptsp.luwutimur.go.id
email : demptsp@luwutimurkab.go.id

SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomer : 500.16.7.2/022/SIK/DPMPTSP-LT/I/2024

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin praktek/kerja kepada :

Nama : apt. Fitriani, S.Si, M.Kes
 Tempat / Tgl. Lahir : Bone / 7 Agustus 1984
 Alamat Rumah : Perum. BBG Blok C No.3 Ussu, Kec. Malili
 Nomor STR : FU00000224513704
 Nomor Rekomendasi : 400.7.20.1/001-REK/DINKES/2024, Tanggal 18 Januari 2024
 Jenis Tenaga Kesehatan : Apoteker (SIPA) yang Kesatu
 Untuk Praktek/Kerja : Pada Sarana Swasta
 Waktu Praktek : - Hari : Senin s/d Minggu
 - Jam : 17.00 s/d 22.00 Wita
 Berlaku sampai dengan : 18 Januari 2029
 No. Hp : 085399915911

Untuk melaksanakan praktek/kerja sebagai tenaga kesehatan pada Apotek Trans Farma, Jl. Soekarno Hatta Jalur 2 Trans, Ds. Puncak Indah, Malili. Dengan ketentuan sebagai berikut :

KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.

KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (*satu*) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.

Ditetapkan di : Malili
Pada Tanggal : 23 Januari 2024

An. Bupati Luwu Timur
Kepala DPMPSTP



Andi Habil Unru, SE,

Pangkat : Pembina Utama Muda (IV.c)

NIP : 19641231 198703 1 208

Terbusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel,
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

KONSIL TENAGA KESEHATAN INDONESIA
THE INDONESIAN HEALTH WORKFORCE COUNCIL

SURAT TANDA REGISTRASI APOTEKER
REGISTRATION CERTIFICATE OF PHARMACIST

NOMOR REGISTRASI : FU00000224513704
REGISTRATION NUMBER

NAMA : Fitriani
NAME

TEMPAT / TANGGAL LAHIR : Bone, 7 Agustus 1984
PLACE / DATE OF BIRTH

JENIS KELAMIN : Perempuan
SEX Female

SERTIFIKAT PROFESI/IJAZAH : 023091056809093
PROFESSION CERTIFICATE NUMBER

TANGGAL LULUS : 13 Agustus 2023
DATE OF GRADUATION

PERGURUAN TINGGI : Universitas Megarezky
UNIVERSITY

KOMPETENSI : Apoteker
COMPETENCE Pharmacist

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI : 27.0463/PP.IAI-UNIMERZ/IX/2023
CERTIFICATE OF COMPETENCE NUMBER

BERLAKU HINGGA : Seumur Hidup
VALID UNTIL Lifetime



Jakarta, 6 November 2023

a.n. Menteri Kesehatan

On behalf of the Minister of Health

KETUA KONSIL KEFARMASIAN

Head of Pharmacy Council



Dr. apt. Priyanto, M. Biomed
Registrar

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) BSSN, dinyatakan sah secara hukum dan tidak diperlukan legalisir

This document has been signed electronically using an electronic certificate issued by the National Cyber and Crypto Agency (BSSN) declared legally valid and no legalization is required.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 10112100351190002

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 | : FITRIANI |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 1011210035119 |
| 3. Alamat Kantor | : Dsn. Ussu Btn Bumi Batara Guru, Desa/Kelurahan Ussu, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik |
| 5. Lokasi Usaha | : Jln. Soekarno Hatta Jalur 2 Trans, Desa/Kelurahan Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92981 |
| 6. Skala Usaha | : Usaha Mikro |
| 7. Status | : Telah memenuhi persyaratan |

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: 31 Januari 2024

a.n. Bupati Luwu Timur
Kepala DPMPSTSP Kabupaten Luwu Timur,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 31 Januari 2024

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 : 10112100351190002

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 Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik	Tinggi	<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 memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Luwu Timur	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.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA
PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
IZIN APOTEK 10112100351190002

Lampiran berikut memuat data teknis **Izin Apotek**, sebagai berikut :

Status Permohonan	:	Baru
Nama Apotek	:	APOTEK TRANS FARMA
Alamat Apotek	:	Jl. Soekarno Hatta Jalur 2 Trans, Desa Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Prov. Sulawesi Selatan.
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Fitriani, S.Si, M.Kes
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/022/SIK/DPMPSTSP-LT/II/2024
Masa Berlaku SIPA	:	18-01-2029
8 Masa Berlaku	:	Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.

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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



npwv.

KPP PRATAMA PALOPO

16.165.548.5-803.000

FITRIANI

NPWP16 : 7324 0447 0884 0002



FITRIANI, MALEKU
MALEKU MANGKUTANA
KAB. LUWU TIMUR SULAWESI SELATAN
Tanggal Terdaftar 24/05/2011



odj

Dipindai dengan
CamScanner

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7324044708840002

Nama : FITRIANI
Tempat/Tgl Lahir : BONE, 07-08-1984
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : O
Alamat : DSN. USSU BTN BUMI
BATARA GURU
RT/RW : 001/000
Kel/Desa : USSU
Kecamatan : MALILI
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR
11-01-2018

FORM SPESIMEN RELASI
DATA RELASI (Legal Doc)

 Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Trans Farma

 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Soekarno Hatta

 No NPWP (*) : 16.165.548.5-803.000

 Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: Masa berlaku 18.01.2029

dan Toko Obat)

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB PBF (*) : Masa Berlaku

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	<u>Filmanu</u>	<u>500.16.7.2/022/18.01.2029</u>	<u>18.01.2029</u>	<u>08539915911</u>
2 Apoteker Pendamping 1	<u>Andi M. Arif</u>	<u>500.16.7.2/022/18.01.2029</u>	<u>18.01.2029</u>	<u>082396095127</u>
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
					
Nama :	Nama : <u>Jl. Soekarno Hatta, Kec. Madi, Kab. Liris</u>	Nama :	Nama : <u>Jl. Soekarno Hatta, Kec. Madi, Kab. Liris</u>	Nama :	Nama : <u>Jl. Soekarno Hatta, Kec. Madi, Kab. Liris</u>

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) :

Handphone : Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :

Handphone : Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : Fihriani	Nama : Apriyanti	Nama : Andi MA	Nama :	Nama :	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	API
Nama :	Nama :	Nama :
Tgl :	Tgl :	Tgl :

Keterangan:

- (*) wajib diisi
- Harap untuk melampirkan semua dokumen dalam bentuk HardCopy bersama spesimen

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Fitriani
Tempat/Tgl lahir : Bone, 7 Agustus 1984
Alamat : Perum BPG, Blok C No. 3 USSA, Kec. Mahligi

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari Aptek Trans Farma 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. Samphindo 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 menipitkan 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.

Makl. 1.04.07/2025
Menyetujui,
Apoteker
A. Fibrizani S.Si, M.Fes

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN PENGELOLAAN
DAN PEMANTAUAN LINGKUNGAN HIDUP (SPPL)**

Kami yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Badan Usaha : FITRIANI
Nomor Induk Berusaha (NIB) : 1011210035119
Nama Penanggung Jawab : FITRIANI
Jabatan :
Alamat : Dsn. Ussu Btn Bumi Batara Guru, Desa/Kelurahan Ussu, Kec.
Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan
No. Telepon :

No	Kode KBLI	Bidang Usaha / Kegiatan	Lokasi Usaha
1	47721	Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik	Jln. Soekarno Hatta Jalur 2 Trans Sulawesi Selatan Malili Puncak Indah

Menyatakan kesanggupan:

1. Mematuhi dan melaksanakan usaha dan/atau kegiatan pada lokasi yang sesuai dengan peruntukan rencana tata ruang;
2. Mematuhi dan melaksanakan usaha dan/atau kegiatan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup;
3. Mematuhi ketentuan persyaratan pemenuhan parameter baku mutu lingkungan sesuai dengan kegiatan yang dilakukan serta limbah yang dihasilkan;
4. Mematuhi ketentuan dan menyediakan fasilitas penyimpanan limbah sementara dan sampah domestik sesuai dengan kegiatan serta limbah dan sampah yang dihasilkan;
5. Mematuhi ketentuan dan menyediakan fasilitas pengelolaan limbah cair untuk usaha dan/atau kegiatan yang dilakukan sesuai dengan jumlah limbah yang dihasilkan dan jumlah tenaga kerjanya;
6. Bersedia untuk memenuhi pengaturan dan pengelolaan dampak usaha dan/atau kegiatan terhadap aspek transportasi;
7. Bersedia dilakukan pemeriksaan/pengawasan terhadap usaha dan/atau kegiatan yang dilakukan untuk memastikan pemenuhan persyaratan lingkungan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang perlindungan dan pengelolaan lingkungan hidup;
8. Bersedia memproses persetujuan lingkungan dalam hal akan menyediakan sarana dan prasarana dengan menyusun dokumen lingkungan sesuai dengan kewajiban dalam peraturan yang mengatur daftar usaha dan/atau kegiatan wajib Amdal, UKL-UPL dan SPPL; dan
9. Bersedia dihentikan usaha dan/atau kegiatannya dan diproses hukum sesuai dengan peraturan perundang-undangan apabila melanggar atau tidak memenuhi ketentuan persyaratan yang telah ditetapkan sebagaimana butir 1 sampai 8.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya. Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan ataupun ketidakakuratan dalam pernyataan ini, maka Pelaku Usaha bersedia menerima konsekuensi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Luwu Timur, 10 Januari 2024
ttd.
(FITRIANI)

Surat pernyataan ini tersimpan secara elektronik di dalam sistem OSS sebagai bagian tidak terpisahkan dari Perizinan Berusaha untuk Nomor Induk Berusaha yang dimaksud.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
NOMOR INDUK BERUSAHA: 1011210035119**

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan Nomor Induk Berusaha (NIB) kepada:

- | | |
|--|--|
| 1. Nama Pelaku Usaha | : FITRIANI |
| 2. Alamat | : Dsn. Ussu Btn Bumi Batara Guru, Desa/Kelurahan Ussu, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan |
| 3. Nomor Telepon Seluler | : +62085399915911 |
| Email | : fitryfirman@gmail.com |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : Lihat Lampiran |
| 5. Skala Usaha | : Usaha Mikro |

NIB ini berlaku di seluruh wilayah Republik Indonesia selama menjalankan kegiatan usaha dan berlaku sebagai hak akses kepabeanaan, pendaftaran kepesertaan jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan, serta bukti pemenuhan laporan pertama Wajib Laport Ketenagakerjaan di Perusahaan (WLKP).

Pelaku Usaha dengan NIB tersebut di atas dapat melaksanakan kegiatan berusaha sebagaimana terlampir dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan di Jakarta, tanggal: 10 November 2021
Perubahan ke-1, tanggal: 24 Januari 2022

**Menteri Investasi/
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,**



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 10 Januari 2024

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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
NOMOR INDUK BERUSAHA: 1011210035119**

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha untuk:

No.	Kode KBLI	Judul KBLI	Lokasi Usaha	Tingkat Risiko	Perizinan Berusaha		
					Jenis	Status	Keterangan
1	47722	Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Bukan Di Apotik	Jl. Jeruk, Desa/Kelurahan Baruga, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 92981	Tinggi	NIB	Terbit	-
					Izin	Terbit	-
2	47721	Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik	Jln. Soekarno Hatta Jalur 2 Trans, Desa/Kelurahan Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 92981	Tinggi	NIB	Terbit	-
					Izin	- Belum Terbit - Lakukan pemenuhan persyaratan melalui oss.go.id	Lakukan pemenuhan persyaratan izin melalui oss.go.id paling lambat 90 (sembilan puluh) hari kerja sebelum waktu perkiraan mulai beroperasi/produksi

1. Dengan ketentuan bahwa NIB 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 NIB 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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.

