



PEMERINTAH KABUPATEN MAMUJU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Ahmad Yani No. - Mamuju Telp. (0426) 21098 Kode Pos 91511
Web: <http://dpmpfsp.mamujukab.go.id> email: dpmpfsp@mamujukab.go.id

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

Nomor: 363/SIPA/V/2023/DPM-PTSP

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 889/MENKES/PER/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik, Dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, Peraturan Bupati Mamuju Nomor 12 Tahun 2019 Tentang Perubahan Kedua Peraturan Bupati Nomor 61 Tahun 2016 tentang Pendeklegasian Sebagian Wewenang Bupati Mamuju Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Untuk Menanda Tangani Dokumen Perizinan dan Non Perizinan, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Mamuju Memberikan Surat Izin Praktik Apoteker Kepada :

Apt. Juliandri, S.Farm

Nik	:	1934161200174
Tempat/Tanggal Lahir	:	Wonomulyo,23 Juli 1992
Alamat	:	Jl. Abd. Wahab Azasi
Npwp	:	857540181.814-000
Nomor STRA	:	19920723/STRA-UNHAS/2016/244477
Untuk Bekerja Sebagai	:	Apoteker
No. Rekomendasi	:	441/280/SIPA/V/2023/DINKES
Nama Tempat Sarana	:	Apotek Rajawali
Masa Berlaku SIP	:	23 Juli 2026

Dengan Ketentuan Sebagai Berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan kefarmasian di sarana produksi/distribusi/penyaluran harus mematuhi ketentuan Cara Pembuatan Obat Yang Baik/Cara Distribusi Obat Yang Baik dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Surat Izin ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan ayat 1 di atas dan pekerjaan kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercabtum dalam surat izin.

Dikeluarkan di : Mamuju
Pada Tanggal : 5 Mei 2023

A.n BUPATI MAMUJU
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU



HJ. HASNAWATY SYAM, S.E., M.Si

Pangkat : PEMBINA Tk. I, IV/B

Nip : 19680928 200604 2 002

Tembusan :

1. Direktur Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan di Jakarta.
2. Bupati Mamuju.
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat di Mamuju.
4. Ketua Komite Farmasi Nasional di Jakarta.
- 5.. Ketua Ikatan Apoteker Indonesia Cabang Mamuju di Mamuju.
6. Arsip



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO IZIN : 91201029219960001

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 | : EZA AGUSALAM |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 9120102921996 |
| 3. Alamat Kantor | : TARAILU, Desa/Kelurahan Tarailu, Kec. Sampaga, Kab. Mamuju, 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 Tarailu,, Desa/Kelurahan Tarailu, Kec. Sampaga, Kab. Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat,
Kode Pos: 91563 |
| 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 Mei 2023

Perubahan ke-1, Tanggal: 14 Februari 2023

a.n. Bupati Mamuju
Kepala DPMPTSP Kabupaten Mamuju,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 3 Juni 2023

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 : 91201029219960001**

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">- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Mamuju	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.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 KABUPATEN MAMUJU
DINAS KESEHATAN

Alamat : Jl. Pemuda No.02 Kode Pos 91511 Sulawesi Barat
Tlp. (0426) 21119 Fax (0426) 21119 Mamuju

REKOMENDASI
Nomor : 441/360/SIA/V/2023/DINKES

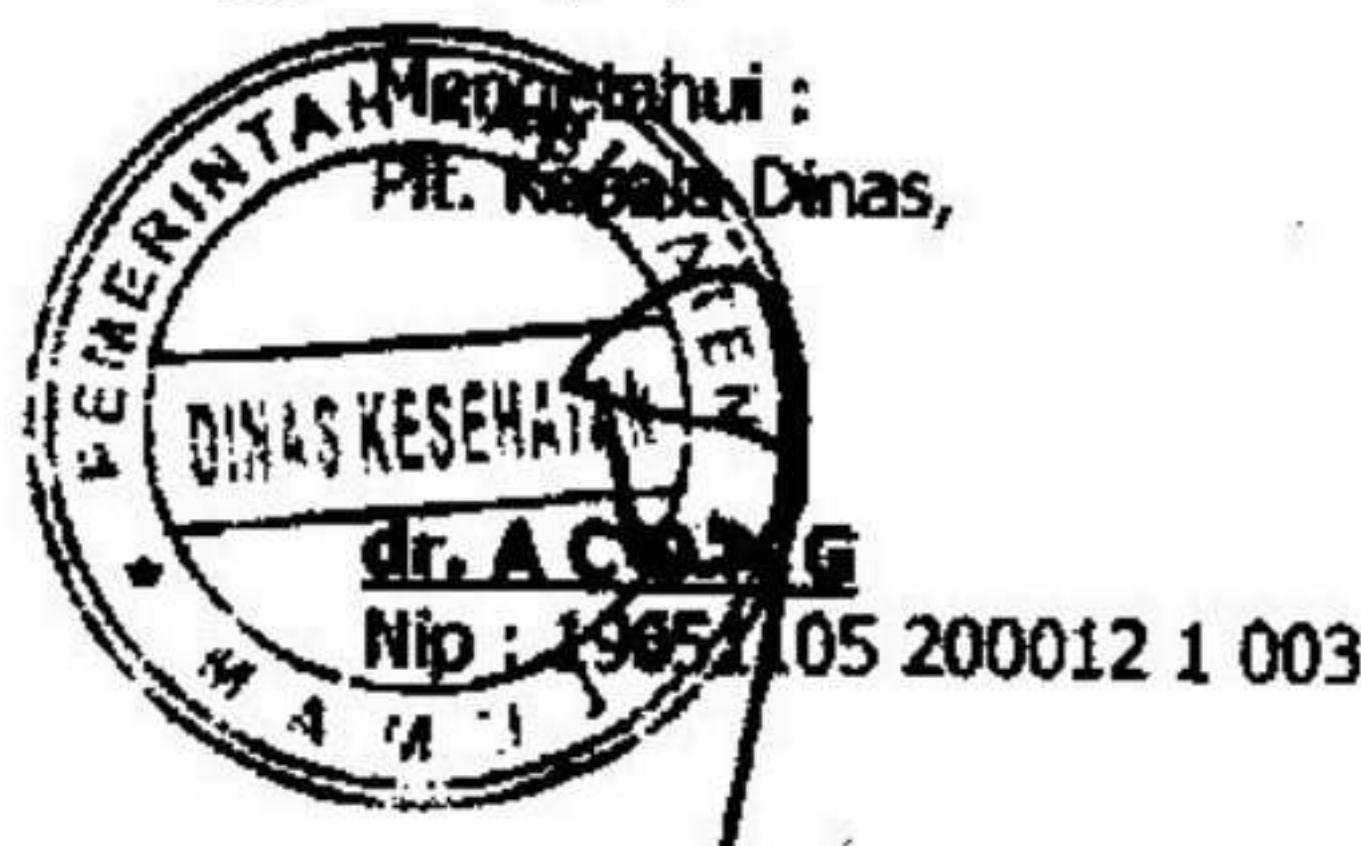
Berdasarkan Berita Acara Hasil Peninjauan Lapangan Nomor : 026/BAP/360/SIA/V/2023/DINKES terhadap permohonan :

Nomor Permohonan : I-202104181246200719462
Nama Usaha : Apotek Rajawali
Nama Penanggung Jawab : dr. Eza Agusalam
Alamat : Jl. Poros Tarailu Kel. Tarailu Kec. Sampaga
No. Telpon/HP : -
E-mail : -
Jenis Izin : Izin Apotek
Lokasi Izin : Jl. Poros Tarailu Kel. Tarailu Kec. Sampaga

Berdasarkan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor :09 Tahun 2017 Tentang ketentuan dan tata cara pemberian Izin Apotek telah memenuhi syarat teknis untuk proses lebih lanjut penerbitan surat Izin Apotek.

Demikian Rekomendasi ini dibuat sebagai bahan pertimbangan penerbitan izin.

Mamuju, 29 Mei 2023





FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Rajawali
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jalan Poros Tarailu, Desa Tarailu, Kec. Sampang, Kab. Mamuju

No NPWP (*) :
Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS:
dan Toko Obat) Masa berlaku
No Surat Ijin 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 (*)				
2	Apoteker Pendamping 1				
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
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(*)
	Apotek Rajawali Tarailu Telp. 0623 4775 6414 Rajawali.apotek01@gmail.com		Apotek Rajawali Tarailu Telp. 0623 4775 6414 Rajawali.apotek01@gmail.com		Apotek Rajawali Tarailu Telp. 0623 4775 6414 Rajawali.apotek01@gmail.com
Nama : Apt. Juliarini	Nama :	Nama :	Nama : Rajawali.apotek01@gmail.com	Nama :	Rajawali.apotek01@gmail.com

S-Form

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) :

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
	 Apotek Rajawali Tanjung Telp. 023 4775 6414 Nama : <input type="text"/>	 Apotek Rajawali Tanjung Telp. 023 4775 6414 Nama : <input type="text"/>	 Apotek Rajawali Tanjung Telp. 023 4775 6414 Nama : <input type="text"/>	 Apotek Rajawali Tanjung Telp. 023 4775 6414 Nama : <input type="text"/>	 Apotek Rajawali Tanjung Telp. 023 4775 6414 Nama : <input type="text"/>
Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh			
Marketing	Keuangan	APJ			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Nama : <input type="text"/>	Nama : <input type="text"/>	Nama : <input type="text"/>			
Tgl : <input type="text"/>	Tgl : <input type="text"/>	Tgl : <input type="text"/>			

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Tempat/Tgl lahir :
Alamat :

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.

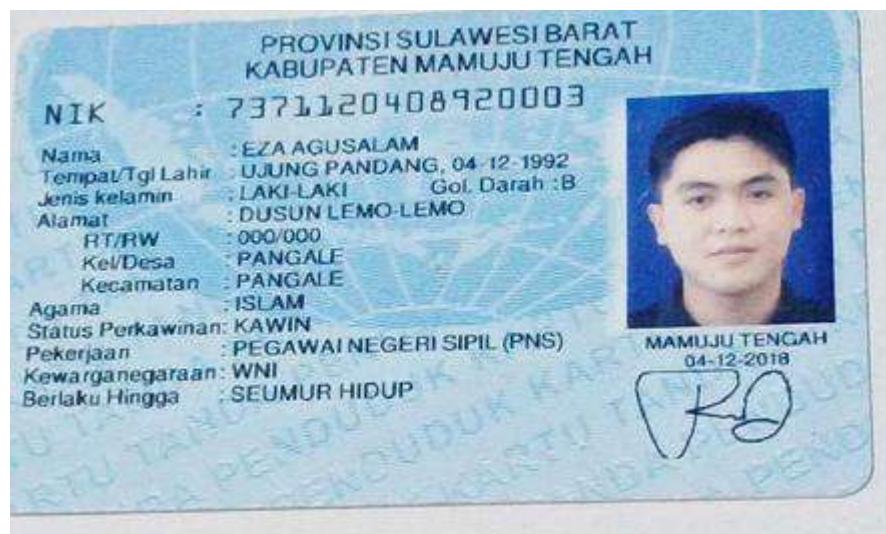
.....,,/.....

Menyetujui,



Telp. 0623 4775 8414
Rajawali.apotek01@gmail.com

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili







KPP PRATAMA MAKASSAR SELATAN

81.621.360.7-805.000

EZA AGUSALAM

NPWP16 : 7371 1204 0892 0003

JL BORONG JAMBU II, 7, BANGKALA, MANGGALA,
KOTA MAKASSAR, SULAWESI SELATAN, 90235



Tanggal Terdaftar 30/03/2017



www.pajak.go.id

Pajak Kita Untuk Kita



Kartu ini harus disimpan baik-baik dan apabila hilang, agar segera melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdaftar.

NPWP agar dicantumkan dalam hal berhubungan dengan dokumen perpajakan.

Dalam hal Wajib Pajak pindah domisili, supaya melaporkan diri ke Kantor Pelayanan Pajak lama atau Kantor Pelayanan Pajak baru.

Seluruh layanan perpajakan tidak dipungut biaya.