



**PEMERINTAH KOTA PALOPO**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. K.H.M. Hasyim No. 5, 91911, Telepon (0471) 23962 - Faks 23962  
Website : [dpmtsp.palopokota.go.id](http://dpmtsp.palopokota.go.id) - Email : [dpmtspalopokota@gmail.com](mailto:dpmtspalopokota@gmail.com)

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**  
**Nomor: 500.16.7.2/2024.002/SIPA/DPMTSP**

**Dasar:** a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan  
b. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Pedoman Penyelenggaraan Terpadu Satu Pintu  
c. Peraturan Wali Kota Palopo Nomor 31 Tahun 2023 tentang Pelimpahan Kewenangan Perizinan dan Nonperizinan Yang Diberikan Wali Kota Palopo Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Palopo.

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : apt. Muhammad Ashar Muslimin, S.Farm., M.Farm  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Palopo, 17 Januari 1991  
**Alamat Rumah** : Komp. Cempaka Rt.003/rw.001, Kel. Pajalesang, Kec. Wara. Pajalesang, Kecamatan Wara, Kota Palopo, Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker  
**Alamat Praktik** : Klinik Sehat Zamzam, Jl. Malaja li Kompleks Perumdos Uncok Blok A1 Kecamatan Wara Timur, Kota Palopo, Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : GK00000070942196

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 16 Pebruari 2029



Dikeluarkan di : Kota Palopo  
Pada Tanggal : 16 Pebruari 2024

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU  
KOTA PALOPO



**Syamsuriadi Nur, S.STP**

Pembina

NIP. 198502112003121002

Tembusan :  
Walikota Palopo

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KOTA PALOPO

NIK : 7373011701910001

Nama : MUHAMMAD ASHAR MUSLIMIN  
Tempat/Tgl Lahir : PALOPO, 17-01-1991  
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : -  
Alamat : KOMP. CEMPAKA  
RT/RW : 003/001  
Kel/Desa : PAJALESANG  
Kecamatan : WARU  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan : KAWIN  
Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



KOTA PALOPO  
29-03-2023

npwp.

KPP PRATAMA PALOPO

01.932.584.4-803.000

CV. KLINIK SEHAT ZAMZAM

NPWP16 : 0019 3258 4480 3000



JALAN MALAJA 2 PERUMDOS UNCOK BLOK. A NO. 3  
SURUTANGA, WARU TIMUR  
KOTA PALOPO SULAWESI SELATAN  
Tanggal Terdaftar 21/01/2024



djp



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
SERTIFIKAT STANDAR : 26112200021230003**

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 SERTIFIKAT STANDAR USAHA KLINIK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : WAHYUNI ARIF, S.ST   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2611220002123  |
| 3. Alamat Kantor   | : JL. WECUDAI, Desa/Kelurahan Dangerakko, Kec. Wara, Kota Palopo,<br>Provinsi Sulawesi Selatan   |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 86105 - Aktivitas Klinik Swasta  |
| 5. Lokasi Usaha  | : Jl. Malaja 2 kompleks perumdis uncok, Desa/Kelurahan Surutanga, Kec.<br>Wara Timur, Kota Palopo, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 91921 |
| 6. Skala Usaha   | : Usaha Mikro  |
| 7. Status  | : Telah terverifikasi  |

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

Diterbitkan tanggal: 6 September 2023

**a.n. Wali Kota Palopo  
Kepala DPMPSTP Kota Palopo,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 6 September 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  
SERTIFIKAT STANDAR : 26112200021230003**

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
86105 (Pendukung)	Aktivitas Klinik Swasta	Menengah Tinggi	<p>Persyaratan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Surat keterangan dari dinas kesehatan kabupaten/kota mengenai pertimbangan persetujuan pendirian Klinik (opsional bagi Klinik dengan perizinan baru)</li><li>- Sertifikat standar usaha Klinik atau surat izin operasional Klinik sebelumnya yang masih berlaku (opsional bagi Klinik dengan perpanjangan atau perubahan perizinan)</li><li>- Profil Klinik</li><li>- Self assessment Klinik</li><li>- Daftar obat-obatan</li><li>- Daftar nama SDM Klinik</li><li>- Surat Izin Praktik (SIP) semua tenaga kesehatan yang bekerja di Klinik</li><li>- Perjanjian kerja sama pembuangan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3)</li><li>- Surat pernyataan penggantian badan hukum, nama klinik, kepemilikan modal, jenis klinik dan/ atau alamat klinik yang ditandatangani oleh pemilik klinik (opsional bagi Klinik dengan perubahan perizinan)</li><li>- Dokumen perubahan NIB (opsional bagi Klinik dengan perubahan perizinan terkait penggantian badan hukum)</li><li>- Izin Mempekerjakan Tenaga Asing (IMTA) (opsional bila ada Tenaga Kerja Warga Negara Asing (TK-WNA))</li></ul> <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Melakukan registrasi Klinik.</li><li>- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan Klinik sesuai standar yang berlaku.</li><li>- Melaporkan hasil kegiatan pelayanan kesehatan Klinik sesuai ketentuan yang berlaku.</li><li>- Melakukan update/ pembaharuan data jika terjadi perubahan data Klinik.</li></ul>	Telah terverifikasi	Pemerintah Kota Palopo	5 Tahun

1. Dengan ketentuan bahwa Sertifikat Standar 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 Sertifikat Standar 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 KOTA PALOPO DINAS KESEHATAN

Jl. Anggrek No. 171 Telp. 0471-24016 Fax. 0471-21332 Palopo 91921

## REKOMENDASI NO : 400.7.22.2/1121/DINKES

Berdasarkan Hasil Berita Acara Penilaian Kesesuaian Klinik Tanggal 01 September 2023 , maka Kepala Dinas Kesehatan Kota Palopo memberikan **Rekomendasi** kepada :

Nama Klinik : **Klinik Sehat Zamzam**  
Nama Penanggung Jawab : **dr. Nia Ilmah Muhtar, S.Ked**  
Alamat Klinik : **Jl. Malaja II Kompleks Perumdos UNCOK**

Untuk **Diterbitkan "Sertifikat Standar Usaha Klinik"**

Demikian Rekomendasi ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.  
Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Dikeluarkan di : **Palopo**  
Pada tanggal : **01 September 2023**



**Dr. Nasaruddin Nawir, Sp. OG(K), MARS**

Pangkat / Gol : **Pembina Utama Muda**  
NIB : **19711125 200012 1 002**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Apr. Muhammad Ashar Muzumil, S.Farw, M.Farw  
Tempat/Tgl lahir : Palopo, 17 Januari 1991  
Alamat : Komp. Gempaka, Kota Palopo

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari Keluik Sehat Zam. Zam  
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.

Palopo 20, 2025

Menyetujui,

  
(M. Ashar)

*\*Mohon dilengkapl FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili*



Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : M. Arwa	Nama :	Nama : Indu	Nama :	Nama : Rani	Nama :

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

**Keterangan:**

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



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Klinik Sehat Zaman Zaman  
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Mulya 2. Perumahan UPCK, Koh Pulo  
Kec. Maninjau. Kab. Sintang.  
 No NPWP (\*) : 01.932.584.4-803.000  
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 2611226002123003  
 dan Toko Obat. Masa berlaku 6 September 2029  
 No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 2611220002123003 Masa Berlaku 6 September 2029  
 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 (*)	M. Atila W	50-16-7-23224-0023698	16 Feb 2029	0813333351432
2 Apoteker Pendamping 1	Zuhrotulhid			
3 Apoteker Pendamping 2	Zuhrotulhid			
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	P23333324990107		3 Sep 2029	0852854084037
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : ayr. M. Awa Mulyawati S.Fm. M.Fm  
 Handphone : 081333351432 Telpn : .....  
 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Indri  
 Handphone : 082393858456 Telpn : .....  
 Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Rani  
 Handphone : 085254084037 Telpn : .....