





PEMERINTAH KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
JL. HARAPAN BARU KOMPLEKS SKPD BLOK A NO. 5 KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG  
PROVINSI SULAWESI SELATAN  
Telepon (0421) - 3590005 Email : ptsp\_sidrap@yahoo.co.id Kode Pos : 91611

**SURAT IZIN APOTEK**

Nomor : 15/SIA/DPMPTSP/10/2020

- DASAR
1. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1331/Menkes/SK/X/2002 tentang Perdagangan Eceran Obat dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1332/Menkes/SK/X/2002 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotik
  2. Peraturan Bupati Sidenreng Rappang No. 1 Tahun 2017 Tentang Pendeklegasian Kewenangan di Bidang Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sidenreng Rappang
  3. Surat Permohonan Apt. ADRIANI.,S.Si
  4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis
- DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB  
Nomor 15/SIA/DINKES,DALDUK & KB/XI/2020      Tanggal 19-11-2020

Tanggal 13-10-2020

**MENGIZINKAN**

KEPADA

NAMA : Apt. ADRIANI.,S.Si

ALAMAT : JL. SULTAN HASANUDDIN No.11, KEL. WALA, KEC. MARITENGNGAE

UNTUK : diberikan Surat Izin Apotek dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :

NAMA APOTEK : APOTEK RAMA FARMA

ALAMAT APOTEK : JL. ANDI MAPPANYUKKI, KEL. PANGKAJENE

PENANGGUNG JAWAB : Apt. ADRIANI.,S.Si

Surat Izin Apotek mengikuti masa berlaku SIPA

Dikeluarkan di : Pangkajene Sidenreng  
Pada Tanggal : 20-11-2020



Banya : Rp. 0,00





PEMERINTAH KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
JL. HARAPAN BARU KOMPLEKS SKPD BLOK A NO. 5 KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG  
PROVINSI SULAWESI SELATAN  
Telepon (0421) - 3590005 Email : ptsp\_sidrap@yahoo.co.id Kode Pos : 91611

**IZIN TENAGA KESEHATAN**  
**SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA) KESATU**

**NOMOR : 5/SIPA/DPMPTSP/1/2022**

- Dasar : 1. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.  
2. Peraturan Bupati Sidenreng Rappang No. 6 Tahun 2018 Tentang Perubahan atas Peraturan Bupati No. 1 Tahun 2017 Tentang Pendeklegasian Kewenangan di Bidang Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Sidenreng Rappang  
3. Surat Permohonan **apt. ADRIANI, S.Si** Tanggal 27-01-2022  
4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis

**DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB**  
Nomor : **5/SIPA/DINKES,DALDUK & KB/2/2022** Tanggal 03-02-2022

**MENGIZINKAN**

KEPADА

NAMA : **apt. ADRIANI, S.Si**  
TTL : **PANGKAJENE , 30 DESEMBER 1982**  
ALAMAT : **JL. SULTAN HASANUDDIN No. 11, KEL. WALA, KEC. MARITENGNGAE**  
UNTUK : diberikan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KESATU dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :  
TEMPAT PRAKTEK : **APOTEK RAMA FARMA**  
ALAMAT PRAKTEK : **JL. ANDI MAPPANYUKKI, KEL. PANGKAJENE, KEC. MARITENGNGAE**  
NOMOR STRA : **19821230/STRA-UNHAS/2008/27712**  
STRA BERLAKU S/D : **30 DESEMBER 2026**

Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KESATU ini berlaku sesuai dengan Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA) dengan ketentuan sebagai berikut :

- Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan
- SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA

Dikeluarkan di : Pangkajene Sidenreng

Pada Tanggal : 03 Februari 2022



Biaya : Rp. 0,00

Tembusan :

- Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Aksi Kesehatan
- Ketua Komite Farmasi Nasional
- Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan
- Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan KB Kab. Sidenreng Rappang
- Organisasi Profesi



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Due)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek Rama Farma Fibrap.  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. Andi Neponyukti, Kel. Panakajene, Kec. Mantengose  
Kab. Gorontalo

No NPWP (\*)

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS:

Masa berlaku .....

dan Toko Obat)

Masa Berlaku .....

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) :

Masa Berlaku .....

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) :

Masa Berlaku .....

Masa Berlaku.....

Sertifikat CDOB PBF (\*) :

| 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   |          |                              |                  |            |

| Tanda Tangan APJ (*) | Stampel (*) | Tanda Tangan | Stampel | Tanda Tangan | Stampel Outlet(*) |
|----------------------|-------------|--------------|---------|--------------|-------------------|
|                      |             |              |         |              |                   |
| Nama :               | Nama :      | Nama :       | Nama :  | Nama :       | Nama :            |

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : .....  
Handphone : ..... Telpo : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....  
Handphone : ..... Telpo : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : .....  
Handphone : ..... Telpo : .....

| Spesimen Bagian Pemasaran |         | Spesimen Bagian Penerimaan Barang |         | Spesimen Bagian Pembayaran(*) |         |
|---------------------------|---------|-----------------------------------|---------|-------------------------------|---------|
| Tanda Tangan              | Stampel | Tanda Tangan                      | Stampel | Tanda Tangan                  | Stampel |
|                           | Rama    |                                   | Rama    |                               | Rama    |
| Nama :                    |         | Nama :                            |         | 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

Konco Tablet Hisap Mengandung 500 mg C harian  
membantu memenuhi kebutuhan vitamin C harian

### SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

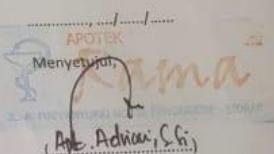
Nama : Apt. Adnan, S.Ci.  
Tempat/Tgl lahir : Pangkojene, 30-12-1982.  
Alamat : Jl. Andi Mappenyukit.

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. Samphirindo 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 ucapan terima kasih.



\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili