



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 : 39/SIPA/DPMPTSP/10/2023

- 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 **ANDI CITRA LESTARI. S.Si, Apt** Tanggal **19-10-2023**
4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis

DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB

Nomor : **39/SIPA/DINKES,DALDUK & KB/10/2023** Tanggal **30-10-2023**

M E N G I Z I N K A N

KEPADA

NAMA : **ANDI CITRA LESTARI. S.Si, Apt**
TTL : **UJUNG PANDANG , 11 AGUSTUS 1992**
ALAMAT : **BTN GRIYA PESONA GANGGAWA BLOK A3 No.8, KEL. MAJJELLING**
UNTUK : diberikan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KESATU dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :
TEMPAT PRAKTEK : **APOTEK IBNU FARRAS**
ALAMAT PRAKTEK : **JL. HOS COKROAMINOTO No.23, KEL. MAJJELLING**
NOMOR STRA : **28 28 7 2 2 23 -92081105**
STRA BERLAKU S/D : **11 AGUSTUS 2028**

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 : 31 Oktober 2023



Biaya : Rp. 0,00

Tembusan :

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

PROVINSI SULAWESI UTARA
KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG

NIK : 731407011600002

Nama : JAMALUDDIN
Tempat/Tgl Lahir : SIDRAP
01-11-1980
Jenis kelamin : LAKI-LAKI
Alamat : JLN. HGS.
COKROAMINOTO NO.23
RT/RW : 009/000
Kel/Desa : MAJELLING
Kecamatan : MARITENGNGAE
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : WIRASWASTA
Kewarganegaraan: WNI
Beraku Hingga : SEUMUR HIDUP



SIDENRENG
RAPPANG

11-03-2016

Tmu

**BUMN INVESTMENT
BintangTrading**

FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (LASHI DOK)

Nama Relasi : APOTEK IMMU PHARMA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. HOS COKROAMINOTO No. 21

No RPMP : 1000 0000 0311 3919

Surat Ijin Sarana Kesehatan (Apotek, Klinik, Lab, Perawatan, PBF, Rumah) : 0961240038/0810005

Sarit dan Toko Obat Masa berlaku

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB Sarana Kesehatan : Masa Berlaku

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama	No Surat Izin Kerja	Masa Berlaku	No Handphone
1 Apoteker Penanggung Jawab	Apt. A. Cetra Letihaji 39/PA	DPMPTSP/10/LN/2		
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	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran : : **Telpo** :

andphone : **Telpo** :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : : **Telpo** :

andphone : **Telpo** :

Nama PIC Bagian Pembayaran : : **Telpo** :

andphone : **Telpo** :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : 	Nama : 	Nama : 	Nama : 	Nama : 	Nama :
Diperiksa Oleh			Divertifikasi Oleh		
Marketing	Keuangan	AP			
Nama : 	Nama : 	Nama : 			
Tgl : 	Tgl : 	Tgl : 			

SURAT PERNYATAAN

yang bertanda tangan di bawah ini:

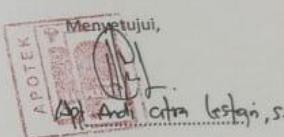
Nama : Apri. Andi citra lestari, S.Si
Tempat/Tgl lahir : Makassar, 11 Agustus 1992
Alamat : BTN GANGGOWA

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.



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili