



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makassar 90171  
Website: dpmptsp.makassarkota.go.id



### SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

Nomor: 503/34602/SIP.A/DPM-PTSP/9/2025

Berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaran Perizinan Berusaha Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan, maka yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar memberikan Surat Izin Praktik (SIP), Kepada:

apt. SARINAH, S.Farm

Jenis Praktek : Surat Izin Praktik (SIP)  
Tempat, tanggal lahir : Ujung Pandang, 18-08-1986  
Alamat : Jl. Cendrawasih Lr.2 No. 15. G Makassar  
Tempat Praktek yang ke-2 : Apotek Rivai Husa Farmia  
Kelurahan : Baji Mappakasunggu  
Kecamatan : Mamajang  
Jalan : Jl. Opu Daeng Risadju No. 424 Makassar  
Jadwal Praktek : Senin - Sabtu, Pukul 17.00 - 22.00 Wita  
No. STR : TQ00000928881651  
Masa berlaku SIP : 09 September 2025 - 18 Agustus 2027  
No. Rekomendasi Dinkes : 440/22818/Rek.A/DKK/IX/2025  
Untuk Praktek sebagai : Apoteker Penanggung Jawab



Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal: 09 September 2025

Diterbitkan secara elektronik oleh:  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
KOTA MAKASSAR  
Bantuan : H. MUHAMMAD MARIG SAID, S.I.P., M.Si.

Tembusan :

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Pertegal,-

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik.

KONSIL TENAGA KESEHATAN INDONESIA  
THE INDONESIAN HEALTH WORKFORCE COUNCIL

**SURAT TANDA REGISTRASI APOTEKER  
REGISTRATION CERTIFICATE OF PHARMACIST**

NOMOR REGISTRASI : TQ00000928881651  
*REGISTRATION NUMBER*

NAMA : Sarinah  
*NAME*

TEMPAT / TANGGAL LAHIR : Ujung Pandang, 18 Agustus 1986  
*PLACE / DATE OF BIRTH*

JENIS KELAMIN : Perempuan  
*SEX*  
  
Female

SERTIFIKAT PROFESI/IJAZAH : 022091056809045  
*PROFESSION CERTIFICATE NUMBER*

TANGGAL LULUS : 15 Februari 2022  
*DATE OF GRADUATION*

PERGURUAN TINGGI : Universitas Megarezky  
*UNIVERSITY*

KOMPETENSI : Apoteker  
*COMPETENCE*  
Pharmacist

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI : 27.2779/PP.IAI-UNIMERZ/III/2022  
*CERTIFICATE OF COMPETENCE NUMBER*

BERLAKU HINGGA : Seumur Hidup  
*VALID UNTIL*  
Lifetime



Jakarta, 7 Februari 2024  
a.n. Menteri Kesehatan  
*On behalf of the Minister of Health*  
KETUA KONSIL KEFARMASIAN  
*Head of Pharmacy Council*



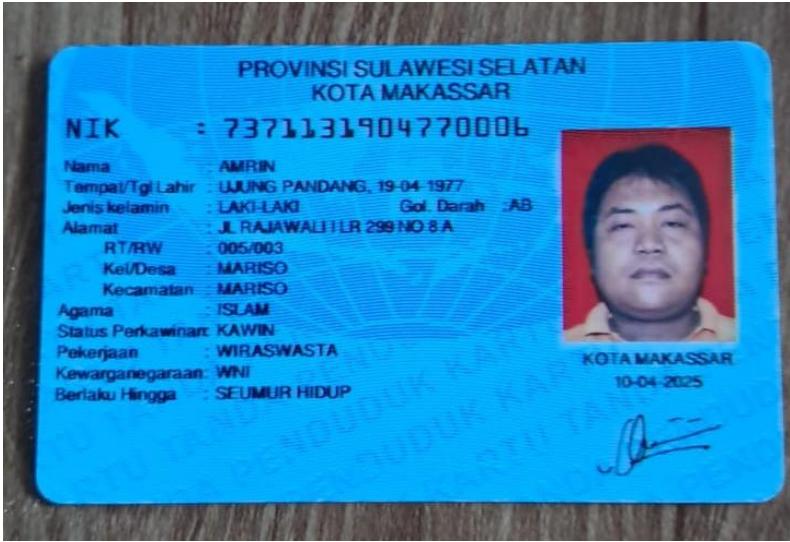
Dr. apt. Priyanto, M.Biomed  
Registrar

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSeE) BSSN, dinyatakan sah secara hukum dan tidak dipertrebuhan 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.



ktki.kemkes.go.id



**npwp.**

KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA MAKASSAR BARAT

1000 0000 0557 8340

RIVAI HUSA JAYA



JL. RAJAWALI I LR. 299 NO. 8 A RT. 005 RW. 003, MARISO,  
MARISO, KOTA MAKASSAR, SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 16/09/2025



Dipindai dengan CamScanner



**sam dharindo**  
putra trading

**FORM SPESIMEN RELASI**

**DATA RELASI (Legal Doc)**

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK RIVAI HUCA FARMA  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. OPU Dg. SIRADU NO. 41A MABASTAR

No NPWP (\*) : 1000 0000 0557 8340

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 17092500963930001

dan Toko Obat) Masa berlaku .....

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 1709250096393 Masa Berlaku 09 SEPTEMBER 2012 - 18 AGUSTUS 2013

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 (*)	DR. SARINAH, S.Tom	503/38602/SIP	09 SEPTEMBER 2012 - 0852-1444-1493	
2 Apoteker Pendamping 1		.A/ DPM - STCP	18 AGUSTUS 2013	
3 Apoteker Pendamping 2		19/2025		
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	VERA DEWI LESTARI	503/38602/SIP-TTK/DPM-PTP/2012	23/3/2012 - 24/4/2013 0878-9021-0682	
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(*)

Nama : Nama : Nama : Nama : Nama : Nama :

**Data Relasi (Operasional)**

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : YUDIATI

Handphone : 0895-1063-0684 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : YUDIATI

Handphone : 0895-1063-0684 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : YUDIATI

Handphone : 0895-1063-0684 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : Yusliana	Nama :	Nama : Yusliana	Nama :	Nama : Yusliana	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	APJ
Nama :	Nama : Yusliana	Nama : opt. Saputra, S.Pd.I.
Tgl :	Tgl :	Tgl :

Keterangan:

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

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : AMRIT  
Tempat/Tgl lahir : UNGU PANDANG 16-04-1977  
Alamat : JL. PAJAWAHI 1, TR 299. No. 8A MAKASSAR

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakil dari APOTEK RUMAH HUDA 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. 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 ucapan terima kasih.



\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

**IZIN : 17092500963930001**

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                                     | : | CV RIVAI HUSA JAYA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : | 1709250096393   |
| 3. Alamat Kantor   | : | JL. RAJAWALI I LR. 299 NO. 8 A, Desa/Kelurahan Mariso, Kec. Mariso, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90122 |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : | PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : | 081242499955  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : | 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 7. Lokasi Usaha  | : | Jl. Opu Dg. Siradju No. 424, Desa/Kelurahan Mariso, Kec. Mariso, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90122    |
| 8. 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: 26 September 2025

**a.n. Wali Kota Makassar  
Kepala DPMPTSP Kota Makassar,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 26 September 2025

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 BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO LAMPIRAN IZIN : 17092500963930001

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"><li>- Administrasi.</li><li>- Lokasi.</li><li>- Bangunan.</li><li>- Sarana, prasana dan peralatan.</li><li>- SDM.</li></ul> <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.</li><li>- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.</li><li>- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kota Makassar	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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN 17092500963930001**

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

Status Permohonan	:	Permohonan Perpanjangan
Nama Apotek	:	Apotek RIVAI HUSA FARMA
Alamat Apotek	:	Jl. Opu Daeng Risadju No.424 Makassar
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Sarinah.,S.Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	503/34602/SIP.A/DPM-PTSP/9/2025
Masa Berlaku SIPA	:	09 September 2025 – 18 Agustus 2027
Nomor SSA	:	400.7.5.4/371/Dinkes/IX/2025
Masa Berlaku	:	Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.