



KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA MAKASSAR UTARA

7371 1147 0997 0013

RINI INDRIANI JUHARDI



JL. DG RAMANG PSR BLOK G.9/7 RT. 004 RW. 012, LAIKANG,
BIRINGKANAYA, KOTA MAKASSAR, SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 25/08/2025



djp

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KOTA MAKASSAR

NIK : 7371114709970013

Nama : RINI INDRIANI JUHARDI
Tempat/Tgl Lahir : UJUNG PANDANG, 07-09-1997
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : -
Alamat : JL DG RAMANG PSR BLOK
G.9/7
RT/BW : 004/012
Kel/Desa : LAIKANG
Kecamatan : BIRINGKANAYA
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : BELUM KAWIN
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



KOTA MAKASSAR
13-07-2018

Rini Juhardi



PEMERINTAH KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
JL. HARAPAN BARU KOMPLEKS SKPD BLOK A NO. 6 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 : 66/SIPA/DPMTSP/10/2025

- DASAR :**
1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
 2. Peraturan Bupati Sidenreng Rappang No. 16 Tahun 2021 Tentang Perubahan atas Peraturan Bupati No. 2.b Tahun 2020 Tentang Pendelegasian Kewenangan di Bidang Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sidenreng Rappang.
 3. Surat Permohonan **apt. RINI INDRIANI JUHARDI, S.Farm** Tanggal **06-10-2025**
 4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis **DINAS KESEHATAN** Nomor : **66/SIPA/DINKES/10/2025** Tanggal **09-10-2025**

MENGIZINKAN

KEPADA

- NAMA :** apt. RINI INDRIANI JUHARDI, S.Farm
TTL : UJUNG PANDANG, 07 SEPTEMBER 1997
ALAMAT : JL. DG RAMANG PSR BLOK G.9/7, KOTA MAKASSAR
UNTUK : Diberikan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :
- TEMPAT PRAKTEK :** APOTEK HYGIEIA FARMA
ALAMAT PRAKTEK : JL. POROS PINRANG DSN SIMPO, KEL. PASSENSO, KEC. BARANTI
NOMOR STRA : 1Q00001619006340
MASA BERLAKU SIPA : 07 SEPTEMBER 2027

Surat Tanda Registrasi Apoteker (SIPA) dengan ketentuan sebagai berikut :

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

Demikian Surat Izin ini kami berikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.



Dikeluarkan di : Pangkajene Sidenreng

Pada Tanggal : 09 Oktober 2025



Biaya : Rp. 0,00



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 22022404609210002

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 | : RINI INDRIANI JUHARDI |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 2202240460921 |
| 3. Alamat Kantor | : JL DG RAMANG PSR BLOK G.9/7, Desa/Kelurahan Laikang, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik |
| 5. Lokasi Usaha | : Jl. Poros Pinrang Dsn Simpo, Desa/Kelurahan Passeno, Kec. Baranti, Kab. Sidenreng Rappang, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 91652 |
| 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: 7 November 2025

a.n. Bupati Sidenreng Rappang
Kepala DPMPSTP Kabupaten Sidenreng Rappang,



Ditandatangani secara elektronik

FORM SPESIMEN RELASI
DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Hygeia Forma

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Poros Pinrang Dsn Simpang, Desa/Kelurahan Possono, Kec. Baranti, Kab. Sidenreng Rappang, Provinsi Sulawesi Selatan

No NPWP (*) : 7371 1197 0997 0013

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) Apotek Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 22022404609210002


dan Toko Obat) Masa berlaku 7 September 2027

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 (*)	Rini Indriani Juhardi	66/SIPA/DAUP/SP/10/15	07/09/2027	0895706056545
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 (*)	Stempel (*)	Tanda Tangan AA	Stempel	Tanda Tangan	Stempel Outlet(*)
	APOTEK HYGEIA FARMA				
Nama : Rini Indriani Juhardi	Nama : Rini Indriani Juhardi	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) : Rini Indriani Juhardi



Handphone : 0895706056545 Telpon : 00

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Rini Indriani Juhardi

Handphone : 0895706056545 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Rini Indriani Juhardi

Handphone : 0895706056545 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : Rini	Nama :	Nama :	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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rini Indriani Juherdi
Tempat/Tgl lahir : Ujung pandang, 7 September 1997
Alamat : Jl. Dg Ramang Psr Bldk 6.9/7

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari Apotek Hygeia 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 ucapkan terima kasih.

Makassar 8 / 11 / 25

Menyetujui
**APOTEK
HYGEIA FARMA**
PEDULI KESEHATAN, PEDULI ANDA
(Rini Indriani J.)

***Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili**