



**PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Petta Ponggawae No. 4, Watampone, Bone, Sulawesi Selatan,
Telepon (0481) 25056, Faximile (0481) 25056,
Laman <https://dpmptsp.bone.go.id/>, pos-el dpmptspbone@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KESATU

Nomor : 20/III/SIPA/DPMPTSP/2024

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone memberikan Izin Praktik Apoteker Kesatu Kepada :

Nama Lengkap : MUSDALIFA, S.Farm, Apt.

Tempat / Tanggal Lahir : Bajoe, 10 Agustus 1992

Alamat Rumah : Jl. Tanggul Kel. Bajoe Kec. Tanete Riattang Timur

Nomor STRA : 28 28 7 2 2 23-92081003

Untuk Melakukan Praktik di :

Nama Tempat Praktik : APOTEK KEISHA FARMA

Alamat : Kel. Pancaitana Kec. Salomekko

Waktu Praktik :

Jam : 10.00 s/d 15.00

Masa berlaku SIPA sampai : 10 Agustus 2028

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 diatas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.



Rp.0,-

Dikeluarkan di : Watampone
Pada tanggal : 04 Maret 2024

KEPALA DINAS,



Drs. ANDI AMRAN, M. Si
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19681122 198908 1 001

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Ketua Komite Farmasi Nasional;
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone;
5. Ketua Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Cabang Bone.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 30102400622370001

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 | : | Murni Musnur |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : | 3010240062237 |
| 3. Alamat Kantor | : | Dusun Bakoe, Desa/Kelurahan Malimongeng, Kec. Salomekko, Kab. Bone, 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 | : | Jln. Tangka-Tangka kel. Pancaitan Kec. Salomekko Kab. Bone, Desa/Kelurahan Pancaitan, Kec. Salomekko, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 92776 |
| 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: 12 Februari 2025

a.n. Bupati Bone
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 12 Februari 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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO LAMPIRAN IZIN : 30102400622370001

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



PEMERINTAH KABUPATEN BONE DINAS KESEHATAN

JL.Jend.Ahmad Yani No.13 Telp 0481 – 21067 Watampone
Telepon (0481)21067, laman <https://bone.go.id>, Pos-el: dinaskesehatan13@gmail.com

Watampone, 05 Februari 2025

Nomor surat : 400.7.20/ 496 / II /Dinkes

Lampiran :

Hal : Sertifikat Standar Apotek

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal dan pelayanan

Terpadu satu Pintu Kabupaten Bone

Di -

Tempat

Berdasarkan hasil penilaian kesesuaian terhadap Standar Usaha Apotek (terlampir), kami memberikan sertifikat Standar Apotek terhadap :

Nama Apotek : KEISHA FARMA

Nama Apoteker Penanggung jawab : apt. MUSDALIFA, S.Farm.

Nomor SIPA : 20/III/SIPA/DPMPTSP/2024

Alamat Apotek : JL. Poros Bone - Sinjai

Telepon : 085240959335

Desa/ Kelurahan : Pancaitan

Kecamatan : Salomekko

Kabupaten/ Kota : BONE

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek



PARAF HIERARKI

SEKRETARIS	
KEPALA BIDANG	
KASUBAG	
JABATAN FUNGSIONAL	
DISNAVA	

BERITA ACARA
PENILAIAN KESESUAIAN STANDAR APOTEK
Nomor: 400.7.20/ 047 / I /DINKES

Pada hari ini jumat tanggal tiga bulan Satu tahun Dua Ribu Dua Puluh Lima berdasarkan surat tugas nomor : 400.7.20/ 076 / I / 2025, tanggal 03 Januari 2025 kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Nurlina,S.ST, M.Kes
NIP : 19730606 199803 2 008
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a
Jabatan : Kepala Bidang Sumber Daya kesehatan

2. Nama : Hasniah, S.Si, Apt
NIP : 19730621 200502 2 001
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a
Jabatan : Apoteker Muda

3. Nama : A. Tambaru
NIP : 19710106 199203 1 004
Pangkat/Golongan : Pengatur TK I/ II d
Jabatan : Pengadministrasi Umum

Dengan ini menyatakan sebagai berikut :

- I. Telah melakukan penilaian kesesuaian dalam rangka verifikasi pemenuhan persyaratan Apotek dengan cara pengecekan administrasi dan pengecekan lapangan terhadap :
Nama Apotek : KEISHA FARMA
Alamat lengkap Apotek : JL. Poros Bone - Sinjai
Kecamatan Salomekko
- II. Berdasarkan hasil pengecekan administrasi,dinilai dari sisi dokumen bahwa Apotek Telah / belum memenuhi persyaratan.
- III. Berdasarkan hasil pengecekan lapangan ke Apotek dilakukan verifikasi sebagai berikut :

Hasil Pengecekan lapangan ke Apotek

No	Perincian	Persyaratan	Hasil Verifikasi	Penilaian	
				TMS	MS
I.	Lokasi	1. Apotek dapat didirikan pada lokasi yang sama dengan kegiatan pelayanan dan komoditi lainnya diluar sediaan farmasi (misalnya di pusat perbelanjaan, apartemen, perumahan). Apotek tidak berada di dalam lingkungan Rumah Sakit.			✓
		2. Memenuhi Persyaratan kesehatan lingkungan dan rencana tata ruang wilayah kabupaten/kota setempat.			✓
		3. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengatur persebaran Apotek di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan dan akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kefarmasian, serta memperhatikan rasio antara persebaran jumlah apotek dibanding dengan jumlah penduduk.			✓
II.	Bangunan	1. Permanen			✓

	2.	Memperhatikan fungsi:			✓
	a.	keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan			✓
	b.	perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang disabilitas, anak- anak, dan lanjut usia			✓
	c.	keamanan dan mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan BMHP.			✓
	3	Bangunan, sarana dan prasarana Apotek harus dalam kondisi terpelihara dan berfungsi dengan baik.			✓

III. Sarana/ Prasarana

Prasarana

1	Sumber air bersih dan sanitasi	-	Sumber air bersih tersedia	BOP		✓
		-	Tersedia tempat sampah yang memenuhi persyaratan			✓

2	Instalasi listrik	Sistem kelistrikan dan penempatannya harus mudah dioperasikan, diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu lingkungan, bagian bangunan dan instalasi lain. Jika Apotek menyediakan vaksin, maka Apotek harus memastikan suplai listrik tidak terputus untuk fasilitas pendingin.			✓
3	Instalasi sirkulasi udara	Ventilasi ruang pada bangunan Apotek, dapat berupa ventilasi alami dan/atau ventilasi mekanis. Setiap ruang diupayakan proses udara di dalam ruang bergerak dan terjadi pertukaran antara udara di dalam ruang dengan udara dari luar.			✓
4	Penerangan	Penerangan cukup untuk menjamin kegiatan pelayanan			✓
5	Pencegahan dan penanggulangan kebakaran	Alat Pemadam Api Ringan (APAR).			✓
6	Sistem Komunikasi	Alat komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya.			✓
7	Papan nama Apotek	Memuat informasi paling sedikit berupa nama Apotek, nomor Izin Apotek dan alamat Apotek.			✓
8	Papan nama praktik Apoteker	Memuat informasi paling sedikit berupa nama Apoteker, nomor Surat Izin Praktik Apotek (SIPA) dan jadwal praktik Apoteker.			✓

1	Ruang pendaftaran/ penerimaan Resep	Terdapat pada bagian paling depan dan mudah terlihat.			✓
2	Ruang pelayanan Resep dan peracikan	Sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek			✓
3	Ruang penyerahan dan pemberian informasi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan BMHP	Ruang penyerahan dapat digabungkan dengan ruang penerimaan resep selama dapat digunakan sesuai fungsi masing-masing.			✓
4	Ruang Konseling	Dapat menjamin privasi pasien dan komunikasi dua arah antara Apoteker dan pasien.			✓
5	Ruang penyimpanan Sediaan Farmasi, Alata Kesehatan, dan BMHP	Ruang penyimpanan harus memperhatikan kondisi sanitasi, temperatur, kelembaban, ventilasi, pemisahan untuk menjamin mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, BMHP, dan keamanan petugas.			✓
6	Ruang Penyimpanan dokumen administrasi dan data				✓

Peralatan Apotek

1	Peralatan pada ruang penerimaan Resep sekurang-kurangnya:				
a.	Meja dan Kursi	1 (satu) set			✓
b.	Komputer/laptop	1 (satu) set	Laptop		✓
2	Peralatan pada ruang pelayanan Resep dan peracikan sekurang-kurangnya:				
a.	Timbangan obat berupa timbangan analog atau timbangan digital yang sudah dikalibrasi dan dibuktikan dengan tanda bukti kalibrasi.				✓
b.	Meja peracikan	Ada sesuai kebutuhan			✓
c.	Wastafel	Ada sesuai kebutuhan			✓

d.	Referensi dan literatur peraturan perundang-undangan bidang kefarmasian baik berupa <i>hardcopy</i> maupun <i>softcopy</i>	Ada sesuai kebutuhan			✓
e.	Peralatan peracikan	Ada sesuai kebutuhan			✓
f.	Air untuk pengencer (<i>purified water / aquades</i>)	Ada sesuai kebutuhan			-
g.	Sendok obat	Ada sesuai kebutuhan			✓
h.	Bahan pengemas dan pembungkus obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
i.	Termometer ruangan	Ada sesuai kebutuhan			✓
j.	Blanko Salinan resep	Ada sesuai kebutuhan			✓
k.	Etiket dan label obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
l.	Pendingin ruangan (<i>air conditioner</i>)	Ada sesuai kebutuhan			-

3 Peralatan pada ruang konseling sekurang-kurangnya:

a.	Meja dan Kursi	1 (satu) set			✓
b.	Buku Referensi	Ada sesuai kebutuhan			✓
-	Buku standar		LSD MUMS Edisi 20-		✓
-	Kumpulan peraturan perundang-undang terkait praktik kefarmasian				✓
c.	Leaflet	Ada sesuai kebutuhan			-
d.	Poster	Ada sesuai kebutuhan			-
e.	Alat bantu konseling	Ada sesuai kebutuhan			
f.	Tempat untuk mendisplai informasi obat	Ada sesuai kebutuhan			✓
g.	Formulir dan Dokumen Pelayanan Kefarmasian	Ada sesuai kebutuhan			✓
-	Formulir Pelayanan Informasi Obat (PIO)	Ada sesuai kebutuhan			✓
-	Formulir Pelayanan konseling	Ada sesuai kebutuhan			✓

	-	Formulir catatan pengobatan pasien	Ada sesuai kebutuhan			✓
	-	Formulir monitoring Efek Samping Obat (MESO)	Ada sesuai kebutuhan			✓
	-	Formulir pelayanan kefarmasian di rumah (Home Pharmacy Care)	Ada sesuai kebutuhan			✓
4	Peralatan pada ruang penyimpanan sediaan farmasi sekurang-kurangnya:					
	a.	Lemari/rak untuk penyimpanan obat	Ada sesuai kebutuhan	3 Lemari		✓
	b.	Pallet	Ada sesuai kebutuhan			—
	c.	Lemari pendingin	Ada sesuai kebutuhan			✓
	d.	Lemari untuk penyimpanan narkotika dan psikotropika	Ada sesuai peraturan yang berlaku			✓
	e.	Lemari penyimpanan obat khusus	Ada sesuai kebutuhan			—
	f.	Pendingin ruangan (AC)	Ada sesuai kebutuhan	Kipas Angin		✓
	g.	Pengukur suhu dan kelembaban (termohigrometer)	Harus memenuhi persyaratan			✓
	h.	Pengukur suhu (termometer ruangan)	Harus memenuhi persyaratan			✓
	i.	Kartu monitoring suhu	Ada sesuai kebutuhan			✓
	j.	Tempat penyimpanan khusus	Ada sesuai kebutuhan			✓
5	Pada ruang penyimpanan dokumen administrasi dan data sekurang-kurangnya tersedia:					
	a.	Lemari buku	Ada sesuai kebutuhan			✓
	b.	Blanko pesanan obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	c.	Blanko kartu stok obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	d.	Blanko salinan resep	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	e.	Blanko faktur dan blanko nota penjualan	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	f.	Buku pencatatan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	g.	Buku Pesanan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	h.	Form laporan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓

i.	Buku pencatatan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
j.	Buku pesanan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
k.	Form laporan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓

IV. Sumber Daya Manusia (SDM)

1.	Apotek Sekurang-kurangnya terdiri 1 (satu) orang apoteker	Apotek yang buka 24 (dua puluh empat) jam sekurang-kurangnya harus memiliki 2 (dua) orang apoteker 1..... Orang		✓
2	Apoteker penanggung jawab dapat dibantu Apoteker lain dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian, asisten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administrasi	 2..... Orang		✓
3	Jumlah Apoteker dan tenaga lain disesuaikan dengan jam operasional Apotek dan mempertimbangkan analisa beban kerja	- Data jam operasional Apotek - Data jam praktik Apoteker - Tersedia analisa beban kerja			✓
4	Semua tenaga kefarmasian memiliki surat izin praktik	Dibuktikan dengan SIPA/SIPTTK			✓
5	Semua tenaga kefarmasian sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.				✓

V. Penyelenggaraan (Untuk Permohonan Perpanjangan Izin, Perubahan lokasi, Perubahan alamat di lokasi yang sama, Perubahan Nama Apotek, dan/atau Perubahan Apoteker Penanggung Jawab Apotek)

1	Apotek tidak melakukan kegiatan distribusi obat	Hasil pemeriksaan			—
2	Apoteker tidak melayani dan menyerahkan obat dalam jumlah besar	Hasil pemeriksaan			—

3	Apoteker melakukan pengisian self assessment Pelayanan Kefarmasian di Apotek berdasarkan penyelenggaraan Apotek paling sedikit 1 (satu) kali setahun	Bukti hasil pengisian terakhir			-
4	Apotek memberikan laporan Pelayanan Kefarmasian setiap bulan	Bukti hasil pelaporan Pelayanan Kefarmasian terakhir			-
5	Apotek memberikan laporan pemasukan dan penyerahan/penggunaan narkotika dan psikotropika setiap bulan melalui aplikasi SIPNAP	Bukti hasil pelaporan SIPNAP			-

Keterangan:

TMS : Tidak Memenuhi Syarat

MS : Memenuhi Syarat

VI. Usulan Rekomendasi

Pilihan Jawaban

- Telah memenuhi persyaratan sebagai Apotek
 - Belum memenuhi persyaratan sebagai Apotek, meliputi:
-
.....

Demikian Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Tim Penilai Kesesuaian Apotek,

- 1 Nurlina,S.ST,M.Kes
Nip.19730616 199803 2 008
- 2 Hasniah,S.Si,Apt
Nip.19730621 200502 2 001
- 3 Andi Tambaru
Nip. 19710106 1992 03 1 004



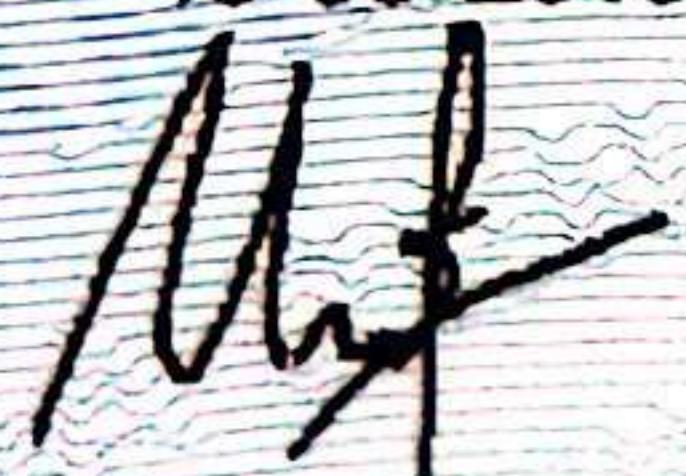
PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN BONE

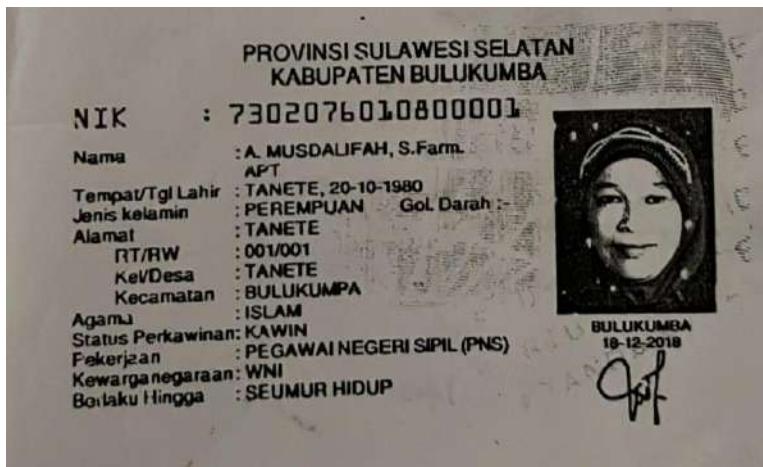
NIK : 73080357079110003

Nama : MURNI MUSNUR
Tempat/Tgl Lahir : BOJO, 17-07-1991
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-
Alamat : DUSUN BAKKOE
RT/RW : 002/001
Kel/Desa : MALIMONGENG
Kecamatan : SALOMEKKO
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : MENGURUS RUMAH TANGGA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BONE
13-03-2019





KPP PRATAMA WATAMPONE

npvp.

91.007.151.3-808.000

MURNI MUSNUR

NPWP16 : 7308 0357 0791 0003



DUSUN BAKKOE (SAMPING MASJID), MALIMONGENG,
SALOMEKKO, KAB. BONE, SULAWESI SELATAN, 92775



Scanned dengan CamScanner
Tanggal Terdaftar 01/04/2019



djp



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Keisha Farm

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Tangka-Tangka, kel. Pancaitana, kec. SALOMEKKO

No NPWP (*) :

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 30102400622370001

dan Toko Obat) Masa berlaku

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

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 (*)	MUSDALIFA	20/III/SIPA/DPMPTSP/	10 Agustus 2028	
2	Apoteker Pendamping 1		2024		
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	RISKA	NR.73082410006743	23 Juli 2027	
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
	Apt. Musdalifa, S. Farm 20/III/SIPA/DPMPTSP/2024		RISKA, A.MD.Farm SIP NR73082410006743		KEISHA FARM Ling. Tangka-Tangka Kel. Pancaitan Kec. Salomekko Telp : 0822410216
Nama : Apt. MUSDALIFA	Mama :	Nama : RISKA	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) :

Handphone : Telp :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telp :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :

Handphone : Telp :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : MUFHLI, M		Nama : MUHINI		Nama : MUFHLI, M	

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

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : MURNI MUSNUR
Tempat/Tgl lahir : Bojonegoro, 17 JULI 1991
Alamat : MALIMONGENG, KEC. SALOMEKKO

Adalah sebagai *Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili* dari **APOTEK KEISHA**

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