



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
JL. SOEKARNO HATTA | HP. 08 12345 777 56
email : kppt@luwutimurkab.go.id - website dpmpfsp.luwutimurkab.go.id
MALILI, 92981

SURAT IZIN SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN

Nomor: 443/006/V/DPMPTSP/2022

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin Apotek:

Nama Sarana	: Apotek Nabila Farma
Alamat	: Jl. Sangkuruwira, Desa Bawalipu, Kec. Wotu
Kabupaten	: Luwu Timur
Telepon	: 082293594457
Nomor Rekomendasi	: 440/144-REK/DINKES, Tanggal 10 Mei 2022
Jenis Sarana Kesehatan	: Apotek
Masa Berlaku SIA sampai	: 04 Desember 2026

Kepada :

Nama Penanggung jawab	: apt. Asmani, S.Si
Tempat / Tgl. Lahir	: Masamba/ 4 Desember 1979
Alamat	: Dsn. Lengkong, Desa Bawalipu, Kec. Wotu
Nomor STRA	: 19791204/STRA-UNHAS/2009/27865
Masa Berlaku STRA Sampai	: 04 Desember 2026
Nomor SIPA	: 834/436/DPMPTSP/XII/2021
Masa Berlaku SIPA Sampai	: 04 Desember 2026

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan / atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.
- KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.

Ditetapkan di : Malili
Pada Tanggal : 19 Mei 2022



Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPSP)
KABUPATEN LUWU TIMUR**



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jln. Soekarno - Hatta | Hp. 081234577756
email : kppt@luwutimurkab.go.id - website dpmpfsp.luwutimurkab.go.id
MALILI, 92981

SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 834/436/DPMPTSP/XII/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin praktik/kerja kepada :

Nama : apt. Asmani, S.Si
Tempat / Tgl. Lahir : Masamba / 4 Desember 1979
Alamat Rumah : Dsn. Lengkong, Ds. Bawalipu, Kec. Wotu
Nomor STR : 19791204/STRA-UNHAS/2009/27865
Nomor Rekomendasi : 440/119-REK/DINKES, Tanggal 20 Desember 2021
Jenis Tenaga Kesehatan : Apoteker (SIPA) yang Kedua
Untuk Praktek/Kerja : Pada Sarana Swasta
Waktu Praktek : - Hari : Senin s/d Sabtu
- Jam : 16.00 s/d 21.00 Wita
Berlaku sampai dengan : 4 Desember 2026
No. Hp : 082293594457

Untuk melaksanakan praktik/ Kerja sebagai tenaga kesehatan pada Apotek Nabila Farma Jl. Sangkuruwira, Desa Bawalipu, Kec. Wotu, Kab. Luwu Timur. Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.
KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir



Ditetapkan di : Malili
Pada Tanggal : 20 Desember 2021

Ah. Bupati Luwu Timur

Kepala DPMPTSP

Andi Habil Unru, SE

Pangkat : Pembina Tk.I

NIP : 19641231 198703 1 208

Tembusan

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPTSP)

KABUPATEN LUWU TIMUR

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel.
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

npwp.

KPP PRATAMA PALOPO

48.750.746.9-803.000

ASMANI

NPWP16 : 7324 0644 1279 0003



PUSKESMAS WOTU NO. NO , BAHARI, BAHARI, WOTU,
KAB. LUWU TIMUR, SULAWESI SELATAN, 92971

Tanggal Terdaftar 20/11/2007



djp





FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Nabila Farma

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Sangkuruwita Jlur 2 Motu

No NPWP (*) : 187.507.464.803.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 443 /006 /V /DPMPTSP / 2012
dan Toko Obat) Masa berlaku .. 4 Desember 2016

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 (*)	opt. Asmani. G.G	884/43C/DPMPTSP/XII/2021	1 Desember 2026	082 293 594 457
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Rahmawati	443/030/IV/DPMPTSP/2012	31 Januari 2027	085 299 264 048
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(*)

Nama : Asmani Nama : _____ Nama : _____ Nama : _____ Nama : _____

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Rahma

Handphone : Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Rahma

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Rahma

Handphone : Telpon :

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

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 : Asmanti, S.Si, Apt
Tempat/Tgl lahir : Mosambika, 4 Desember 1979
Alamat : Dusun Lenglong, Desa Bawalpu, Kec. Watu

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **Apotek Nabila 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. Sampharindo 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.

....., / /

Menyetujui,

Asmanti, S.Si, Apt
(.....)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili