

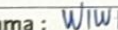

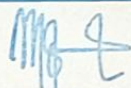



**FORM SPESIMEN RELASI**
**DATA RELASI (Legal Doc)**

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK MAKESSING  
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jalan Poros Bone-Wajo, Desa Pakkarala,  
Kec. Dua Boccoe, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan  
1000 0000 0430 6020  
 No NPWP (\*) : .....  
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: APOTEK  
 dan Toko Obat) Masa berlaku 2 September 2025  
 No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 14072501125740001 Masa Berlaku 2 September 2025  
 No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : 1407250112574 Masa Berlaku 24 Juli 2025  
 Sertifikat CDOB PBF (\*) : ..... Masa Berlaku .....

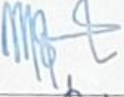



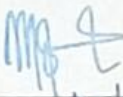

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Arini Putri E.	NR73082504016242	18 Juli 2025	
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Wiwil	NR730		
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

**Spesimen tanda tangan**

Tanda Tangan API(*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
					
Nama : <u>Arini</u>	Nama : <u>Arini</u>	Nama : <u>Wiwil</u>	Nama : .....	Nama : <u>Rial</u>	Nama : .....

**Data Relasi (Operasional)**

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : MUH. SYAHRIAL  
 Handphone : 085 342 430735 Telpon : .....  
 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : RIAL  
 Handphone : 085 342 430735 Telpon : .....  
 Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : MUH. SYAHRIAL  
 Handphone : 085 342 430735 Telpon : .....

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : <u>Rai</u>	Nama : <u>Rai</u>	Nama : <u>Rai</u>	Nama : <u>Rai</u>	Nama : <u>Rai</u>	Nama : <u>Rai</u>

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	API
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 : MUH. SYAHRIAL  
Tempat/Tgl lahir : SANRANGENG / 16 MARET 1995  
Alamat : PERUMAHAN BUMI PALANGA MAS

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/tunal/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.

PAKKASALO 3/9/2025



Menyetujui

MUH. SYAHRIAL

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



KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA WATAMPONE

1000 0000 0430 6020

DALLE MAKESSING MEDIKA



JALAN POROS BONE WAJO RT. 000 RW. 000, PAKKASALO,  
DUA BOCCOE, KAB. BONE, SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 21/07/2025



djpb

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN BONE

NIK : 7308191603950001

Nama : dr MUH. SYAHRIAL, S. Ked  
Tempat/Tgl Lahir : SANRANGENG, 16-03-1995  
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : A  
Alamat : PERUMAHAN BUMI PALANGA MAS  
F/19  
RT/RW : 004/008  
Kel/Desa : TA  
Kecamatan : TANETE RIATTANG  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan : KAWIN  
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BONE  
08-11-2023

MS





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

Jl. Petta Ponggawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056

Website : <https://dpmptsp.bone.go.id> - Email : [dpmptspbone@gmail.com](mailto:dpmptspbone@gmail.com)

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**

**Nomor: NR73082507016242**

- Dasar:** a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan  
b. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
c. Peraturan Bupati Bone Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : Arini Putri Erdiana  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Watampone, 22 Juli 1999  
**Alamat Rumah** : BTN Harfana Blok H/11, Desa/Kel. Macanang, Kec. Tanete Riattang Barat, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker  
**Alamat Praktik** : Apotek Makessing, jl. Poros Bone Wajo Desa/Kel. Pakkasalo, Kec. Dua Boccoe, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : JQ00000527700157

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 07 Oktober 2029



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone  
Pada Tanggal : 28 Juli 2025

Pit. KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN  
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KABUPATEN  
BONE



**A. IRMAYANI SYAMSUL, S.STP., M.Si.**

Pembina Tk. I, IV/b

NIP. 198204202001122001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone.
2. Arsip.



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 24072501125740001**

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                                     | : PT DALLE MAKESSING MEDIKA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2407250112574  |
| 3. Alamat Kantor   | : JALAN POROS BONE WAJO, Desa/Kelurahan Pakkasalo, Kec. Dua Boccoe, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92753 |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : PMDN   |
| 5. No. Telepon   | : 0811945677   |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik   |
| 7. Lokasi Usaha  | : JL.Poros Bone-Wajo, Desa/Kelurahan Pakkasalo, Kec. Dua Boccoe, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92753    |
| 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: 2 September 2025

**a.n. Bupati Bone**  
**Kepala DPMPSTSP Kabupaten Bone,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 2 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 BSR-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



**Balai  
Sertifikasi  
Elektronik**



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN

IZIN : 24072501125740001

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 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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



Balai  
Sertifikasi  
Elektronik