



**PEMERINTAH KOTA PALOPO**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. K.H.M. Hasyim No. 5, 91921, Telepon (0471) 23962 - Faks (0471) 23962  
Website : [dpmtsp.palopokota.go.id](http://dpmtsp.palopokota.go.id) - Email : [dpmtspalopokota@gmail.com](mailto:dpmtspalopokota@gmail.com)

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**  
**Nomor: 500.16.7.2/2024.027/SIPA/DPMTSP**

**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 Wali Kota Palopo Nomor 31 Tahun 2023 tentang Pelimpahan Kewenangan Perizinan dan Nonperizinan Yang Diberikan Wali Kota Palopo Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Palopo.

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : apt.Samsidar,S.Farm  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Patoko, 06 September 1995  
**Alamat Rumah** : Jati Mas 2, Desa/Kel. Tobulung, Kec. Bara, Kota Palopo, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker  
**Alamat Praktik** : Apotek Makkarennu Farma, Jl. Dr.Ratulangi Kec. Bara, Kota Palopo, Provinsi Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : UP00001049210743

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 30 April 2029



Dikeluarkan di : Kota Palopo  
Pada Tanggal : 30 April 2024

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU KOTA PALOPO



**Syamsuriadi Nur, S.STP**

Pembina  
NIP. 198502112003121002

Tembusan :

1. Walikota Palopo
2. Kadis Kesehatan Kota Palopo



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 21062400168180001**

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                                     | : ASNIAR  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2106240016818   |
| 3. Alamat Kantor   | : KOMP BPH JL BUMI 15 BLOK C.3 NO.6. , Desa/Kelurahan Gunung Sari, Kec. Rappocini, 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. Dr Ratulangi Balandai No.199, Desa/Kelurahan Temmalebba, Kec. Bara, Kota Palopo, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 91914 |
| 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: 24 Juli 2024

**a.n. Wali Kota Palopo**  
**Kepala DPMPSTSP Kota Palopo,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 24 Juli 2024

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 : 21062400168180001**

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 Palopo	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 REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN APOTEK 21062400168180001**

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

Status Permohonan	:	Perpanjangan
Nama Apotek	:	Apotek Makkarennu Farma
Alamat Apotek	:	Jl. Dr. Ratulangi Kel. Balandai Kec. Bara Kota Palopo
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	Apt. Samsidar, S.Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/2024.027/SIPA/DPMPTSP
Masa Berlaku SIPA	:	30-04-2029
Masa Berlaku	:	<b>30-04-2029</b>

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.

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**

npwvp.

KPP PRATAMA MAKASSAR UTARA

49.146.728.8-801.000

ASNIAR

NPWP16 : 7371 1369 0767 0003



JL P. KEMERDEKAAN KM.10 (KAMPUS UNHAS) BLOK 00  
KAV RT.00 RW.00, SULAWESI SELATAN, TAMALANREA  
INDAH, TAMALANREA, KOTA MAKASSAR, SULAWESI  
SELATAN, 90245

Tanggal Terdaftar 17/09/2008



djp

www.pajak.go.id

Pajak Kita Untuk Kita

npwvp.



KEMENTERIAN KEUANGAN  
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

Kartu ini harap disimpan baik-baik dan apabila hilang, segeralah melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdaftar.

NPWP agar dicantumkan dalam hal berhubungan dengan dokumen perpajakan.

Dalam hal Wajib Pajak pindah domisili, supaya melaporkan diri ke Kantor Pelayanan Pajak lama atau Kantor Pelayanan Pajak baru.

Seluruh layanan perpajakan tidak dipungut biaya.



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*): APT. MAKAREMU FARMAAlamat Relasi (sesuai izin relasi): DR. RANANGI KEL. BALAKIDAI Kota PalopoNo NPWP (\*): 49.146.728.000.01.000Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 500.16.7.2.2019/027/81Pa A  
dan Toko Obat) Masa berlaku 30 April 2019

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 Ijin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	<u>SASIPAP, S.</u>	<u>500.16.7.2.2019</u>		<u>0851 9519.239</u>
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 (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
<u>Asu</u>	<u>MEF</u>	<u>Asu</u>	<u>MEF</u>	<u>Asu</u>	<u>MEF</u>
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

## Data Relasi (Operasional)




Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : AsuHandphone : 0851 9519.2390 Telpon : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....

Handphone : ..... Telpon : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : .....

Handphone : ..... Telpon : .....

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

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 : ASULIA  
Tempat/Tgl lahir : WONOREJO / 20-07-1962  
Alamat : KOMP. BPH, JL. BUMI 15 Blok c.

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/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,

(.....)

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



PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KOTA MAKASSAR

NIK : 7371136907670003

Nama : ASNIAR  
Tempat/Tgl Lahir : UJUNG PANDANG, 29-07-1967  
Jenis Kelamin : PEREMPUAN Gol Darah : O  
Alamat : KOMP BPH JL BUMI 15 BLOK C.3  
NO.6  
RT/RW : 002 / 020  
Kel/Desa : GUNUNG SARI  
Kecamatan : RAPPOCINI  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: KAWIN  
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : 29-07-2017



KOTA MAKASSAR  
27-11-2012

AS2