



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 25092400733730001

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 Pedagang Besar Farmasi kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Nama Pelaku Usaha | : PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 2509240073373 |
| 3. Alamat Kantor | : JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP RUKO DAYA INDAH B, NO. 3, Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90241 |
| 4. Status Penanaman Modal | : PMDN |
| 5. No. Telepon | : 081390600088 |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 46441 - Perdagangan Besar Obat Farmasi Untuk Manusia |
| 7. Lokasi Usaha | : Perintis Kemerdekaan Kompleks Ruko Daya Indah No. 3, Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90241 |
| 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: 15 Oktober 2024

a.n. Menteri Kesehatan
Menteri Investasi/
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 15 Oktober 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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO LAMPIRAN IZIN : 25092400733730001

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
46441	Perdagangan Besar Obat Farmasi Untuk Manusia	Tinggi	<p>Persyaratan:</p> <ul style="list-style-type: none">- Administrasi Umum.- Apoteker penanggung jawab.- Pembayaran PNBP. <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none">- Standar CDOB yang ditetapkan oleh BPOM.- Surat Izin Praktik Apoteker yang diterbitkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.- Menyampaikan laporan kegiatan yang meliputi: Laporan kegiatan penerimaan dan penyaluran obat dan/atau bahan obat setiap triwulan, dan Laporan kegiatan penerimaan dan penyaluran narkotika, psikotropika, dan/atau prekursor farmasi setiap bulan.- Menyampaikan permohonan perubahan izin apabila terdapat: Perubahan nama perusahaan, Perubahan alamat perusahaan, alamat kantor PBF, dan/atau gudang PBF, Pergantian direktur dan/atau apoteker penanggung jawab, dan/atau Perubahan lingkup penyaluran PBF.- Izin Khusus Penyaluran Narkotika bagi PBF yang melakukan penyaluran Narkotika.- Izin Khusus Impor/Eksport Narkotika bagi PBF yang melakukan impor/eksport narkotika.	Telah memenuhi persyaratan	Kementerian Kesehatan	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 BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA
PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
IZIN 25092400733730001

Lampiran berikut memuat data teknis Izin Pedagang Besar Farmasi PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA, sebagai berikut:

1. Status Permohonan	:	Baru
2. Nama Direktur/Pimpinan	:	Beny Sampeling Pongmasangka
3. Alamat Kantor PBF Obat	:	Jl.Perintis Kemerdekaan Komp.Ruko Daya Indah B, No.3, Kel. Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Sulawesi Selatan
4. Alamat Gudang Obat	:	Jl.Perintis Kemerdekaan Komp.Ruko Daya Indah B, No.3, Kel. Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Sulawesi Selatan
5. Apoteker Penanggung Jawab Obat	:	apt. Nur Fauziah Fadhilah, S.Farm
6. Nomor Surat Tanda Registrasi Apoteker	:	YE00001216490304
7. Masa Berlaku	:	berlaku sampai 15 Oktober 2029 dan berlaku untuk seluruh wilayah Indonesia

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 BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 2509240073373

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 Nomor Induk Berusaha (NIB) kepada:

1. Nama Pelaku Usaha	: PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA
2. Alamat Kantor	: JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP RUKO DAYA INDAH B, NO. 3, Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90241
No. Telepon	: 081390600088
Email	: ptevergreenmedikahusada@gmail.com
3. Status Penanaman Modal	: PMDN
4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI)	: Lihat Lampiran
5. Skala Usaha	: Usaha Mikro

NIB ini berlaku di seluruh wilayah Republik Indonesia selama menjalankan kegiatan usaha dan berlaku sebagai hak akses kepabeanan, pendaftaran kepesertaan jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan, serta bukti pemenuhan laporan pertama Wajib Lapor Ketenagakerjaan di Perusahaan (WLKP).

Pelaku Usaha dengan NIB tersebut di atas dapat melaksanakan kegiatan berusaha sebagaimana terlampir dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan di Jakarta, tanggal: 25 September 2024

Menteri Investasi/
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 25 September 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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
NOMOR INDUK BERUSAHA: 2509240073373

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha untuk:

No.	Kode KBLI	Judul KBLI	Lokasi Usaha	Tingkat Risiko	Perizinan Berusaha		
					Jenis	Status	Keterangan
1	46441	Perdagangan Besar Obat Farmasi Untuk Manusia	Perintis Kemerdekaan Kompleks Ruko Daya Indah No. 3, Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 90241	Tinggi	NIB	Terbit	-
					Izin	- Belum Terbit - Lakukan pemenuhan persyaratan melalui oss.go.id	Lakukan pemenuhan persyaratan izin melalui oss.go.id paling lambat 90 (sembilan puluh) hari kerja sebelum waktu perkiraan mulai beroperasi/berproduksi

1. Dengan ketentuan bahwa NIB 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 NIB 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 BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



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 BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA UNTUK MENUNJANG KEGIATAN USAHA SERTIFIKAT CARA DISTRIBUSI OBAT YANG BAIK LAMPIRAN

PBUMKU : 250924007337300010002

<u>Nomor Sertifikat</u>	:	CDOB5410/S/4-6523/10/2025
<i>Certificate Number</i>		
<u>Nama PBF</u>	:	EVERGREEN MEDIKA HUSADA
<i>Name</i>		
<u>Alamat Kantor</u>	:	JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP.RUKO DAYA INDAH B, NO.3, KEL. DAYA, KEC. BIRINGKANAYA, MAKASSAR - SULAWESI SELATAN
<u>Office Address</u>		
<u>Alamat Gudang</u>	:	JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP.RUKO DAYA INDAH B, NO.3, KEL. DAYA, KEC. BIRINGKANAYA, MAKASSAR - SULAWESI SELATAN
<u>Warehouse Address</u>		
<u>Aktivitas</u>	:	Distribusi Produk Obat lainnya
<i>Activity</i>		<i>Medicinal Products except Narcotics and Cold Chain Products Distribution</i>
<u>Berlaku sampai dengan</u>	:	6 Oktober 2030
<i>Valid until</i>		

Perizinan berusaha untuk menunjang kegiatan usaha ini dapat dibatalkan apabila terjadi perubahan yang mengakibatkan tidak dipenuhi persyaratan Cara Distribusi Obat yang Baik berdasarkan Peraturan.

Should there occur any changes resulting in dissatisfaction of Good Distribution Practices in pursuance of the Decree, the license will be revoked.

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 dokument ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makassar 90171

Website: dpmptsp.makassarkota.go.id



SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

Nomor: 503/22206/SIP.A/DPM-PTSP/10/2024

Berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaran Perizinan Berusaha Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan, maka yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar memberikan Surat Izin Praktik (SIP), Kepada:

apt. NUR FAUZIAH FADHILAH., S.Farm

Jenis Praktek	:	Surat Izin Praktik (SIP)
Tempat, tanggal lahir	:	Makassar, 2000-07-02
Alamat	:	Jl. H. Kalla Panaikang Indah D/4, Kota Makassar
Tempat Praktik yang ke-1	:	PT. Evergreen Medika Husada;
Kelurahan	:	Daya
Kecamatan	:	Biringkanaya
Jalan	:	Jl. Perintis Kemerdekaan Kompleks Ruko Daya Indah Blok. B No. 3, Kota Makassar
Jadwal Praktek	:	Senin-Sabtu Jam 08.00-16.00 WITA
No. STR	:	YE00001216490304
SIP berlaku sampai	:	7 Oktober 2029
No. Rekomendasi Dinkes	:	440/16490/Rek.A/DKK/X/2024
Untuk Praktik sebagai	:	Apoteker Penanggung Jawab



Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal: 07 Oktober 2024



Ditandatangani secara elektronik oleh
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA MAKASSAR**

HELMY BUDIMAN, S.STP., M.M.

Tembusan :

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Pertinggal,-

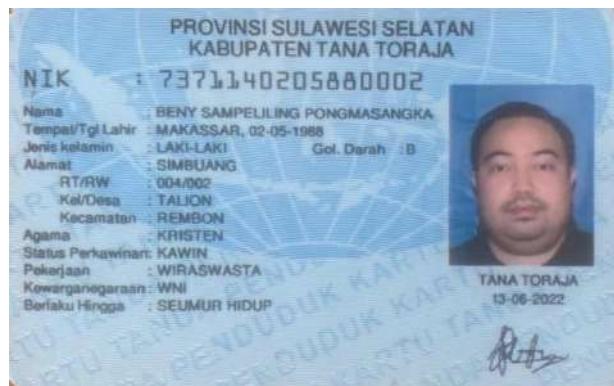
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik.

NOMOR WA APJ : 081290732211

NPWP PERUSAHAAN :



KTP PEMILIK :





Stempel
PT. Evergreen Medika Husada



TTD
Apteker PG

ap. Nur fauziah fathiyah, S farm



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Data)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. PERMIT PEMERDEKAAN KOMP DAYA NOAH B, 403. DEZA/KEL.
DAYA, KEC. PARMERAYA, KOTA MATARAM, PROV. SULAWESI SELATAN

No NPWP (*) : 07.784.302.7 - 001.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS+ 2509240073373001
dan Toko Obat) Masa berlaku 19/10/2029

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB PBF (*) : CDOB5910/s/4-0523/10/2029 Masa Berlaku 06/10/2030

API / Apoteker Pendamping / TTK		Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)	Nur fawaid faishlah	2509240073373001	7 Oktober 2029	081290732211
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 API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)

Nama : Nur fawaid faishlah Nama : PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA Nama : Nama : Nama : Nama : Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Nur fawaid faishlah

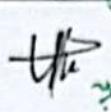
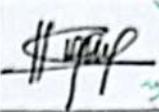
Handphone : 081290732211 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Nur fawaid faishlah

Handphone : 081290732211 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Celia D. Safry Latif

Handphone : 0812929325 Telpon :

Spesimen Bagian Penilaian		Spesimen Bagian Penentuan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stempel	Tanda Tangan	Stempel	Tanda Tangan	Stempel
					
Nama : Nur Fitria M. faithilal	Nama : GREEN MEDICAL HUSDOT	Nama : Nur Fitria M. faithilal	Nama : GREEN MEDICAL HUSDOT	Nama : Celeste D. Sapry Latif	Nama : GREEN MEDICAL HUSDOT
Dipertahui Oleh		Disertifikasi Oleh			
Marketing	Kasusagen	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 : Nur FAUZIAH PADILAH
Tempat/Tgl lahir : MAKASSAR , 2 JULI 2000
Alamat : BTP

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA**
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 ucapan terima kasih.

Makassar, 29/11./2025

Menyetujui,
Nur Fauziah Padilah
PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili