

**npwp.**

KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA PAREPARE

**0003 1161 7580 2000**

DINAS KESEHATAN



JL HARAPAN BARU KOMPLEKS SKPD A NO.002 RT. 000 RW.  
000, LAKESSI, MARITENGNGAE, KAB. SIDENRENG RAPPANG,  
SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 01/04/2020



djp



PEMERINTAH KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
JL. HARAPAN BARU KOMPLEKS SKPD BLOK A NO. 5 KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG  
PROVINSI SULAWESI SELATAN  
Telepon (0421) - 3590005 Email : ptsp\_sidrap@yahoo.co.id Kode Pos : 91611

**IZIN TENAGA KESEHATAN**  
**SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA) KEDUA**

NOMOR : 43/SIPA/DPMPTSP/8/2022

Dasar : 1. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.

2. Peraturan Bupati Sidenreng Rappang No. 6 Tahun 2018 Tentang Perubahan atas Peraturan Bupati No. 1 Tahun 2017 Tentang Pendeklegasian Kewenangan di Bidang Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Sidenreng Rappang
3. Surat Permohonan **BEDO SARI ANTON, S.Si.,Apt** Tanggal 29-08-2022
4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis

DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB

Nomor : 43/SIPA/DINKES,DALDUK & KB/8/2022 Tanggal 29-08-2022

**MENGIZINKAN**

KEPADA

NAMA : **BEDO SARI ANTON, S.Si.,Apt**

TTL : **PANGKAJENE , 01 MARET 1978**

ALAMAT : **JL. SULTAN HASANUDDIN No.12, KEL. WALA, KEC. MARITENGNGAE**

UNTUK : diberikan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KEDUA dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :

TEMPAT PRAKTEK : **DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK & KB**  
ALAMAT PRAKTEK : **JL. HARAPAN BARU, KOMP. SKPD BLOK A No. 2 DAN 3**  
NOMOR STRA : **19780301/STRA-UNHAS/2004/27708**  
STRA BERLAKU S/D : **01 MARET 2026**

Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KEDUA ini berlaku sesuai dengan Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA) 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 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA

Dikeluarkan di : Pangkajene Sidenreng

Pada Tanggal : 05 September 2022



Biaya : Rp. 0,00

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan ATR Kesehatan
2. Ketua Komite Farmasi Nasional





## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : DINKES SIDENRENG RAPPANG

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. Harapan Baru Kecp. SKPD A No. 002 RT 000 RW 000 Lakessi Kec. Sidenreng Rappang Sul-

NPWP (\*) : 00.03.1161.7580.2.000

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

Surat Izin Toko Obat) Masa berlaku .....

Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) : ..... Masa Berlaku .....

Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : ..... Masa Berlaku .....

Certifikat CDOB PBF (\*) : ..... Masa Berlaku.....

APJ / Apoteker Pendamping / TTK		Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)				
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(*)

Nama : BEDOJANI A

Nama :

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : ..... Telpon : .....

Handphone : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : ..... Telpon : .....

Handphone : .....

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

Handphone : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : Bedarsari A.	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

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

Keterangan:

\*\* wajib di isi

Salinan dalam bentuk HardCopy bersama spesimen

bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Tempat/Tgl lahir :  
Alamat :

**DINAS KESEHATAN KAB. SIDRAP**

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 ucapan terima kasih.

PANCAJENE GIDENRENG, 12 JULY 2025.  
.....  
An. Kepala Dinas  
Menyetujui, KEPALA PUSATAN SDAK.  
Selaku PPTK.  
Mn  
(.....LAMIMA.....)

*\* Surat ini dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili*

