



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : PUSKESMAS RUMBIA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : DESA RUMBIA KEC. RUMBIA KAB. JENEPOWO

No NPWP (*) : 00.310.605.1-807-000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 73.04/28/ISP/DPMPTSP-JP/IV/2025
dan Toko Obat) Masa berlaku 29-04-2030

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 Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)	apt. Hamsah	73.4/552/ITK/	09-10-2027	085242391046
2	Apoteker Pendamping 1		DPMPTSP/JP/IV/		
3	Apoteker Pendamping 2		2023		
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Winda Apriya			
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2	Astrianti	73.4/377/ITK/DPMPTSP	20-09-2028	082340490573
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3	Erni	SP/1X/2022		

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan APJ (*)	Tanda Tangan AA	Tanda Tangan stampel	Tanda Tangan	Stampel	Outlet(*)
Nama : apt. Hamsah	Nama : Asrianti	Nama : PUSKESMAS RUMBIA	Nama :	Nama :	

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Muh. Natfir Hanis, SKm

Handphone : 085 398 565 757 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Rosmiyar, S.Kep, Ns

Handphone : 085 292 329 900 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Ulil Amriana, S.Kep, Ns

Handphone : 085 299 919 652 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran	Spesimen Bagian Penerimaan Barang	Spesimen Bagian Pembayaran(*)
Tanda Tangan	Tanda Tangan	Tanda Tangan
		
Stampel 	Stampel 	Stampel 
Nama : M. Natcir	Nama : RUSMI DAYU	Nama : Ulil awriana

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	APJ
		
Nama :	Nama : Ulil awriana	Nama : apt. Hamzah. S. Fam
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 : apt. Hamzah. S. S.farm
Tempat/Tgl lahir : Jeneponto, 9 Oktober 1980
Alamat : Desa Rumbia kec. Rumbia kab. Jeneponto

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari**UPT Kkesmas Rumbia**

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.



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



PEMERINTAH KABUPATEN JENEPOINTO
Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Jl. Ishak Iskandar No. 30 Bontosunggu Telp. (0419) 2410044 Kode Pos 92311
web : dpmptsp.jenepontokab.go.id

IZIN TENAGA KESEHATAN

APOTEKER

Nomor : 73.4/552/ITK/DPMPTSP/JP/VII/2023

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Jeneponto memberikan Izin Tenaga Kesehatan kepada:

apt. HAMSAH, S.S.Farm

Tempat / Tgl. Lahir : **Jeneponto, 9 Oktober 1980**
Alamat : **DESA. RUMBIA KEC. RUMBIA**
Nomor STR : **28 28 7 1 1 22-80100901**
Jenis Tenaga Kesehatan : **APOTEKER**
Masa Berlaku : **9 Oktober 2027**
Nomor Rekomendasi OP : **000021/PC IAI/KABUPATEN JENEPOINTO/07/2023**

Untuk menjalankan kegiatan APOTEKER pada **PUSKESMAS RUMBIA** yang beralamat di **JL. POROS RUMBIA - MALAKAJI DESA RUMBIA KEC. RUMBIA KAB. JENEPOINTO**.

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan 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 : Jeneponto
13/07/2023 13:20:49
KEPALA DINAS,



Hj. MERIVANI, SP, M, SI
Pangkat: Pembina Utama Muda
NIP : 19690202 199803 2 010

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Jeneponto;
3. Pertinggal.



Dokumen ini merupakan dokumen yang sah dan tidak memerlukan tanda tangan serta cap basah dikarenakan telah ditandatangani secara digital menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Badan Pengkajian dan Penerapan Teknologi





PEMERINTAH KABUPATEN JENEPONTO
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Ishak Iskandar No. 30 Bontosunggu Telp. (0419) 2410044 Kode Pos 92311

SURAT IZIN SARANA PRASARANA KESEHATAN

fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)
NOMOR : 73.04/28/ISP/DPMPTSP-JP/IV/2025

Dasar Hukum

- : 1. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.
2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah.
3. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 Tahun 2024 tentang Penyelenggaraan Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas)
4. Peraturan Bupati Jeneponto Nomor 10 Tahun 2015 tentang Penyederhanaan Perizinan dan Non Perizinan di Kabupaten Jeneponto
5. Peraturan Bupati Nomor 36 Tahun 2022 tentang Pendeklegasian dan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Non Berusaha di Kabupaten Jeneponto

MENGIZINKAN

Kepada :

Nama Pemilik : **MEGAWATI, S.Kep. Ns.**
Alamat : **MANGGUNTURU DESA TOMPO BULU KEC. RUMBIA KAB. JENEPOINTO**

Untuk menyelenggarakan

Nama (Sarana) : UPT PUSKESMAS RUMBIA
Alamat : JL. POROS RUMBIA-MALAKAJI DESA RUMBIA KEC. RUMBIA KAB. JENEPOINTO PROVINSI SULAWESI SELATAN

Jenis Sarana : fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP)

Penanggung Jawab : MEGAWATI, S.Kep. Ns.

Nomor STR : we00000210855058

Akta Perjanjian Kerjasama

Nomor :
Tanggal :
Notaris :

Berlaku sampai : 29-04-2030

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum didalam 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.
- KEEMPAT : Surat Izin ini **Tidak Berlaku** apabila tidak mematuhi ketentuan diatas dan melanggar ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.



Ditetapkan di Jeneponto
Pada Tanggal 29-04-2025
KEPALA DINAS,



Dr. Hj. MERIYANI, SP, M. Si
Pangkat : Pembina Utama Madya
NIP : 19690202 199803 2 010

Tembusan Kepada Yth.:

1. Bupati Jeneponto di Jeneponto
2. Dinas Kesehatan Kab. Jeneponto
2. Arsip

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN JENEPOINTO

NIK : 7304080910800001

Nama : HAMSAH. S
Tempat/Tgl Lahir : JENEPOINTO, 09-10-1980
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah :-
Alamat : RUMBIA
RT/RW : 000/000
Kel/Desa : RUMBIA
Kecamatan : RUMBIA
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



JENEPOINTO
10-02-2016

Jlsr



KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 00.310.605.1-807.000
DINAS KESEHATAN KABUPATEN
JENEPONTO
JL. KESEHATAN NO. 8
EMPOANG BINAMU

KPP PRATAMA BANTAENG
Terdafat : 1 April 2020