



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 0404230053751

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 | : SITTI HAISYAH |
| 2. Alamat | : ASMIL YONIF TAMALANREA, Desa/Kelurahan Tamalanrea, Kec. Tamalanrea, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan |
| 3. Nomor Telepon Seluler | : + |
| Email | : sittihaisyah2@gmail.com |
| 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: 4 April 2023

Menteri Investasi/
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 3 Mei 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: 0404230053751

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha untuk:

No.	Kode KBLI	Judul KBLI	Lokasi Usaha	Tingkat Risiko	Perizinan Berusaha		
					Jenis	Status	Keterangan
1	47721	Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik	banyu urip lorong 2, Desa/Kelurahan Banyuurip, Kec. Bone Bone, Kab. Luwu Utara, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 92966	Tinggi	NIB Izin	Terbit Terbit	- -

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 BERBASIS RISIKO

IZIN : 04042300537510001

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 | : | SITTI HAISYAH |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : | 0404230053751 |
| 3. Alamat Kantor | : | ASMIL YONIF TAMALANREA, Desa/Kelurahan Tamalanrea, Kec. Tamalanrea, 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 | : | banyu urip lorong 2, Desa/Kelurahan Banyuurip, Kec. Bone Bone, Kab. Luwu Utara, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 92966 |
| 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: 3 Mei 2024

a.n. Bupati Luwu Utara
Kepala DPMPTSP Kabupaten Luwu Utara,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 3 Mei 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 : 04042300537510001

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">- Administrasi.- Lokasi.- Bangunan.- Sarana, prasana dan peralatan.- SDM. <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none">- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Luwu Utara	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 04042300537510001**

Lampiran Berikut memuat data Teknis Izin Apotek, sebagai berikut:

- | | |
|---|------------------------------------|
| • Status Permohonan | : BARU |
| • Nama Pelaku Usaha | : Apt. SITTI HAISYAH, S.Farm |
| • Bidang Usaha | : APOTEK |
| • Nama Sarana | : APOTEK ANANDA |
| • Wilayah Operasional | : KABUPATEN LUWU URATA |
| • Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis | : Apt. SITTI HAISYAH, S.Farm |
| • Nomor Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) | : 01775/00980/SIPA/DPMPTSP/IV/2024 |
| • Masa Berlaku SIPA | : 18 April 2029 |
| • Masa Berlaku | : 5 (Lima) Tahun |
| • Apabila Kegiatan yang dilaksanakan bertentangan atau tidak sesuai dengan peraturan perundang-undangan maka Surat Izin Operasional APOTEK ini dapat DIBEKUKAN sewaktu-waktu. | |
| • Melaporkan kegiatan usaha tersebut secara periodic setiap 6 (enam) bulan sekali kepada dinas Kesehatan dan DPMPTSP Kab. Luwu Utara | |
| • Surat Izin Operasional ini Berlaku sejak tanggal diterbitkan | |

Data Teknis ini berlaku juga sebagai sertifikat standar Apotek



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU UTARA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPTSP)

Jalan Simpurusiang Kantor Gabungan Dinas No.27 Telp/Fax 0473-21536 Kode Pos 92961 Masamba

SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 01775/00980/SIPA/DPMPTSP/IV/2024

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Luwu Utara memberikan izin Kerja kepada :

Nama	:	Apt.Sitti Halsyah, S.Farm
Tempat / Tanggal Lahir	:	Banyu Urip, 01 Juni 1996
Alamat	:	Dusun Banyusari, Desa Banyu Urip Kecamatan Bone-Bone, Kab. Luwu Utara
Nomor STR	:	EA00000355839276
No. Rekomendasi Dinkes Luwu Utara	:	400.7.22.2/1166/Dinkes
Tempat Bekerja	:	Apotek Ananda banyu Urip
Alamat Tempat Bekerja	:	Desa banyu Urip, Desa Banyu Urip Kecamatan Bone-Bone Kab. Luwu Utara
Untuk Bekerja sebagai	:	Apoteker di Apotek Ananda banyu Urip

Surat Izin Kerja Apoteker (SIPA) ini berlaku dari tanggal 18 April 2024 sampai dengan 18 April 2029

Diterbitkan di : Masamba
Pada Tanggal : 18 April 2024



an. BUPATI LUWU UTARA
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu

DR. ALAUDDIN SUKRI, M.SI
NIP : 196512311997031060

Retribusi : Rp. 0,00

No. Seri : 01775



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APT. ANAFIDA .

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : ..Bantul... Kp. P. 2... BONE - BOSIE... Jl. Jl. W. M. TATAKA

No NPWP (*) : 73.22.0291.0696.0001

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 01775 /00900 /SIPA /PPMTSP /IV/20

dan Toko Obat) Masa berlaku

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 (*)	SITI HAYYAH	01775/00900	10-04-2023	0852-5561-3519
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 (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Outlet(*)
Nama : Siti Haryah	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : SITI HARYAH

Handphone : 0852-5561-3519 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : SITI HARYAH

Handphone : 0852-5561-3519 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : SITI HARYAH

Handphone : 0852-5561-3519 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama :		Nama :		Nama :	
Diperiksa Oleh			Divertifikasi Oleh		
Marketing	Keuangan	APJ			
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 : SHITI HAISYAH
Tempat/Tgl lahir : BANJU UTRIP / 01-06-1996
Alamat : BANJU UTRIP, BULEB BOEIB, JUAR UTRIP

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. Menginformasi 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.



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : SHITI HAISYAH
Tempat/Tgl lahir : BANJU URIP / 01-06-1996
Alamat : BANJU URIP, BULET BORIB, JAWA UTARA

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. Menginformasi 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.



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUWU UTARA

NIK : 7322024106960003

Nama :
Tempat/Tgl Lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat :
RT/RW :
Kel/Desa :
Kecamatan :
Agama :
Status Perkawinan :
Pekerjaan :
Kewarganegaraan :
Bantuan Hidup :

SITI HAISYAH
BANYU URUP, 01-06-1996
PEREMPUAN Gor. Darah
DUS. RANYUSARI
0821002
RANYULURUP
BONE-BONE
ISLAM
BELUM KAWIN
PELAJAR/MAHASISWA
WNI
SEJAUH HINGGA



LUWU UTARA
16-03-2018

np vp

DAFTAR PELAKU KEGIATAN PRATAMA PAJAK

7322 0241 0696 0001

ATTI RABIAH



DEN. BANYUWARA RT. 001 RW. 002, BONE BONE, BONE BONE,
KAB. LOMBOK BARAT, SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 12/05/2020



djp