



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

**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**

Nomor : 503/25.1.13/SIPA.KES/DPM.PTSP/1/2022

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian dan Peraturan Walikota Makassar Nomor 59 Tahun 2021 Tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar maka yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar memberikan Surat Izin Praktek, Kepada :

**apl. ANDI TENRI OLLE SURYADARMA, S.Si**

Tempat / Tgl Lahir : Ujung Pandang 14 Desember 1973  
Alamat : Jl. Kabila Timur 19 Bukit Baruga Makassar  
Tempat Praktik : Puskesmas Antang  
Alamat Tempat Praktik : Jl. Antang Raya No. 43 Makassar  
Waktu/Jam Praktik : Senin - Kamis, Pukul : 07.30 - 14.00 WITA, Jumat : 07.30 - 12.00 WITA, Sabtu : 07.30 - 13.00 WITA  
Keluahan : Antang  
Kecamatan : Manggala  
No. SIRA : 19731214/SIRA UNHAS/2000/216976  
SIPA berlaku sampai : 14 Desember 2026  
No. Rekomendasi OP : REK-000569/PC.IAI/Kota Makassar/XII/2021  
No. Rekomendasi Dinkes : 440/157/REK.SIPA/DKK/1/2022  
Untuk Praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab

Ditetapkan di Makassar

Pada Tanggal : 12 Januari 2022

**KETUA DINAS**

**A. ZULKIFLY, S.SIP., M.Si**

Pangkat

Penbina Tk.I

NIP

19800630 199810 1 002



Tembusan



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

**IZIN KESEHATAN- OPERASIONAL PUSKESMAS**

Nomor : 503 / 041 /DPM-PTSP/KES/IX/2020

- Dasar** :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ;
  2. Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas ;
  3. Peraturan Walikota Makassar Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu ;
  4. Keputusan Walikota Makassar Nomor 395/505/KEP/1/2017 Tanggal 11 Januari 2017 Tentang Percepatan Pelaksanaan Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu ;
  5. Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar  
Nomor : 440/3467REK.PKM/13/DKK/IX/2020

**Kepada** :

NAMA PEMILIK	: PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
ALAMAT	: Jl. Ahmad Yani No. 1 – 2 MAKASSAR
KEPALA PUSKESMAS	: dr. ROSLYNA ABU BAKAR

**Untuk** : Menyelenggarakan **PUSKESMAS** Dengan Keterangan Sebagai Berikut :

NAMA PUSKESMAS	: PUSKESMAS "ANTANG"
ALAMAT	: Jl. Antang Raya No. 43 Makassar
KELURAHAN	: ANTANG KECAMATAN : MANGGALA
RETRIBUSI	: TIDAK DIKENAKAN RETRIBUSI
MASA BERLAKU	: 17 SEPTEMBER 2020 – 17 SEPTEMBER 2025

1. Izin Ini Berlaku Selama 5 (Lima) Tahun Sepanjang Tidak Terdapat Pelanggaran Dan Tidak Terjadi Perubahan Atas Keterangan Diatas
2. Pemohon Bertanggung Jawab atas Izin Yang Diberikan Serta Wajib Memenuhi Ketentuan Dan Peraturan Perundang – Undangan Yang Berlaku.



Dikeluarkan di Makassar  
Pada tanggal : 18 SEPTEMBER 2020  
**KEPALA,**

**H. A. BUKTI DJUFRIE, SP. M.Si**

Pangkat : Pembina Utama Muda  
NIP : 19690330 199903 1 006

Tembusan Kepada YTH :

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Arsip





## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : drg. Hj. Sulpiah  
Tempat/Tgl lahir : Enrekang, 29 Oktober 1972  
Alamat : Jl. Mipa 5 No. 41A Komp. Unhas Antang

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **Kepala Puskesmas Antang** 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.

Makassar 14/07/2025  
Menyetujui,  
  
(drg. Hj. Sulpiah)



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



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

drg.Hj.Sulpiah

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


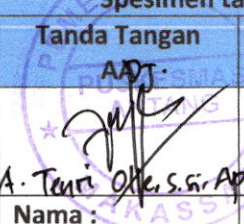


## FORM SPESIMEN RELASI

### DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : UPT Puskesmas Antang / ( Dinas Kesehatan Kota Makassar )  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Antang Raya No.43 Makassar /  
(Jl. Teduh Bersinar, Gunung Sari, Rappocini)  
No NPWP (\*) : 00.122.724.8-805.000  
Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 503/041/0PM-PTSP/KES/IX/2020  
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 (*)	A. Teuri Olle, s.s. Apt	503/25.1.13/SIP/A-KES/0PM-PTSP/I/2022	14 Des 2026	085343881122
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	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
					
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

### Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : Musniati, Amd. keb  
Handphone : 085398726030 Telpon : .....  
Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Ahsau, S.kep, Ns  
Handphone : 085299483747 Telpon : .....  
Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Andi Teuri Olle, s.s. Apt  
Handphone : 085343881122 Telpon : .....



KPP PRATAMA MAKASSAR SELATAN

**00.122.724.8-805.000**

DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR

NPWPIS : 0001 2272 4890 5000



JL TEDUH BERSINAR, 1, JL TEDUH BERSINAR, GUNUNG  
SARI, RAPPOCINI, KOTA MAKASSAR, SULAWESI  
SELATAN, 90221

Tanggal Terdaftar 05/04/2020





PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KOTA MAKASSAR

NIK : 7371126910720005

Nama : SULPIAH, DRG  
Tempat/Tgl Lahir : ENREKANG, 29-10-1972  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :  
Alamat : JL MIPA I BLOK BNO 41 AKOMP  
UNHAS  
RT/RW : 001/005  
Kel/Desa : BIRING ROMANG  
Kecamatan : MANGGALA  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: KAWIN  
Pekerjaan : DOKTER  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



KOTA MAKASSAR

22-12-2023