



SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 761/436/DPMPTSP/XI/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin praktik/kerja kepada :

Nama : apt. Andi Widlastuti, S.Si
Tempat / Tgl. Lahir : Bua / 5 November 1980
Alamat Rumah : Jl. Pepakulia No.1, Kec. Nuha
Nomor STR : 19801105/STRA-ISTN/2005/27869
Nomor Rekomendasi : 440/108-REK/DINKES, Tanggal 22 November 2021
Jenis Tenaga Kesehatan : Apoteker (SIPA) yang Kesatu
Untuk Praktek/Kerja : Pada Sarana Swasta
Waktu Praktek : - Hari : Senin s/d Sabtu
- Jam : 19.00 s/d 22.00 Wita
Berlaku sampai dengan : 5 November 2026
No. Hp : 082291085009

Untuk melaksanakan praktik/ Kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Biyan Irma** Jl. Gunung Merapi F 125, Kel. Magani Kec. Nuha. Dengan ketentuan sebagai berikut

- KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan usaha 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 : Malili

Pada Tanggal : 22 November 2021

An. Bupati Luwu Timur
Kepala DPMPTSP



Andi Habib Unru, SE
Pangkat : Pembina Tk.I
NIP : 19641231 198703 1 208

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
san:
Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

(DPMPTSP)
KABUPATEN LUWU TIMUR



SURAT IZIN SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN

Nomor : 443/005/IV/DPMPTSP/2022

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin Apotek:

| | |
|------------------------|---|
| Nama Sarana | : Apotek Biyan Farma |
| Alamat | : Jl. Gunung Merapi F. 125 |
| Kabupaten | : Luwu Timur |
| Telepon | : 082291085009 |
| Nomor Rekomendasi | : 440/140-REK/DINKES, Tanggal 04 April 2022 |
| Jenis Sarana Kesehatan | : Apotek |

Kepada :

| | |
|-----------------------|---------------------------------|
| Nama Penanggung jawab | : apt. Andi Widiastuti, S.Si |
| Tempat / Tgl. Lahir | : Bua / 5 November 1980 |
| Alamat | : Jl. Pepakulia No.1, Kec. Nuha |
| Nomor STRA | : 19801105/STRA-ISTN/2005/27869 |
| Masa Berlaku | : 5 November 2026 |
| Nomor SIPA | : - |
| Masa Berlaku SIPA | : 5 November 2026 |
| Nomor STRA | : 19801105/STRA-ISTN/2005/27869 |
| Masa Berlaku SIA | : 5 November 2026 |

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan / atau menambah kegiatan usaha 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 : Malili
Pada Tanggal : 18 April 2022



Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPTSP)
KABUPATEN LUWU TIMUR**



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Biyan Farma
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Merapi F 12r Sorowako

No NPWP (*) : 15.476.517.6803.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: AA.3./AOS./IV/DPMP SP /2022
dan Toko Obat) Masa berlaku 5 NOVEMBER 2026.

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 (*) | Konsak (*) |
|---------------------------------|------------------|-----------------------------|------------------|------------|
| 1 Apoteker Penanggung Jawab (*) | Andi Widiyastuti | AA.3./AOS./IV/DPMP SP /2022 | 5 November 2026 | |
| 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 AP | Stampel | Tanda Tangan | Stampel Outlet(*) |
| | | | | | |
| Nama : | Nama : | Nama : | Nama : | Nama : | Nama : |

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Andi Widiyastuti
Handphone : 082291085009 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :
Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :
Handphone : Telpon :

| Spesimen Bagian Pemasaran | | Spesimen Bagian Penyerimanan Barang | | Spesimen Bagian Pembayaran(*) | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|-------------------------------------|---------|-------------------------------|-----------|---------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tanda Tangan | Stampel | Tanda Tangan | Stampel | Tanda Tangan | Stampel | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nama : | Nama : | Nama : | Nama : | Nama : | Nama : | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Diperiksa Oleh</th> <th>Diverifikasi Oleh</th> </tr> <tr> <th>Marketing</th> <th>Ketua Panitia</th> <th>(AP)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Diperiksa Oleh | | Diverifikasi Oleh | Marketing | Ketua Panitia | (AP) | | | | | | | | | | |
| Diperiksa Oleh | | Diverifikasi Oleh | | | | | | | | | | | | | | | |
| Marketing | Ketua Panitia | (AP) | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nama :</th> <th>Nama :</th> <th>Nama :</th> </tr> <tr> <th>Tgl :</th> <th>Tgl :</th> <th>Tgl :</th> </tr> </thead> </table> | | Nama : | Nama : | Nama : | Tgl : | Tgl : | Tgl : | | | | | | | | | | |
| 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:

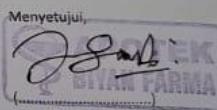
Nama : **AHDI WIDIA STUTI**
Tempat/Tgl lahir : **BUA. 03-11-1981**.
Alamat : **Jl. GUNUNG DENGAWI Bittawoko**.

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 salesmen 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.

19 SEPTEMBER 2005



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

