

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG

NIK : 7314075311820001

Nama : SELVIANI RANTE  
 Tempat/Tgl Lahir : SANGALLA  
 13-11-1982  
 Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-  
 Alamat : JL. ANDI MAKKASAU NO. 26  
 RT/RW : 002/002  
 Kel/Desa : PANGKAJENE  
 Kecamatan : MARITENGNGAE  
 Agama : KATHOLIK  
 Status Perkawinan: KAWIN  
 Pekerja : WIRASWASTA  
 Kewarganegaraan: WNI  
 Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP

SIDENRENG  
RAPPANG  
14-06-2016




PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG

NIK : 7314077012820001

Nama : ADRIANI  
 Tempat/Tgl Lahir : PANGKAJENE, 30-12-1982  
 Jenis Kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : B  
 Alamat : JL. SULTAN HASANUDDIN NO. 11  
 RT/RW : 001/001  
 Kel/Desa : WALA  
 Kecamatan : MARITENGNGAE  
 Agama : ISLAM  
 Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
 Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)  
 Kewarganegaraan: WNI  
 Berlaku Hingga : 30-12-2017

SIDENRENG  
RAPPANG  
02-05-2012




npwp. KPP PRATAMA PARE-PARE

08.283.553.9-802.000

SELVIANI RANTE / FRANSISCUS

7314075311820001

JL. ANDI MAKKASAU NO.26, PANGKAJENE  
 MARITENGNGAE  
 SULAWESI SELATAN  
 Tanggal Terdaftar 01/03/2005






**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

**SURAT IZIN APOTEK**

**Nomor : 15/SIA/DPMTSP/10/2020**

- DASAR
1. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1331/Menkes/SK/X/2002 tentang Perdagangan Eceran Obat dan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1332/Menkes/SK/X/2002 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotik
  2. Peraturan Bupati Sidenreng Rappang No. 1 Tahun 2017 Tentang Pendelegasian Kewenangan di Bidang Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Sidenreng Rappang
  3. Surat Permohonan **Apt. ADRIANI, S.Si** Tanggal **13-10-2020**
  4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis **DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB** Nomor **15/SIA/DINKES,DALDUK & KB/XI/2020** Tanggal **19-11-2020**

**MENGIZINKAN**

KEPADA

NAMA : **Apt. ADRIANI, S.Si**

ALAMAT : **JL. SULTAN HASANUDDIN No.11, KEL. WALA, KEC. MARITENGNGAE**

UNTUK : diberikan Surat Izin Apotek dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :

NAMA APOTEK : **APOTEK RAMA FARMA**

ALAMAT APOTEK : **JL. ANDI MAPPANYUKKI, KEL. PANGKAJENE**

PENANGGUNG JAWAB : **Apt. ADRIANI, S.Si**

Surat Izin Apotek mengikuti masa berlaku SIPA

Dikeluarkan di : Pangkajene Sidenreng  
Pada Tanggal : 20-11-2020



Biaya : Rp. 0,00





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) KESATU**  
**NOMOR : 5/SIPA/DPMPTSP/1/2022**

- 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 Pendelegasian Kewenangan di Bidang Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Sidenreng Rappang  
3. Surat Permohonan **apt. ADRIANI, S.Si** Tanggal **27-01-2022**  
4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis  
**DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB**  
Nomor : **5/SIPA/DINKES,DALDUK & KB/2/2022** Tanggal **03-02-2022**

**MENGIZINKAN**

KEPADA

NAMA : **apt. ADRIANI, S.Si**

TTL : **PANGKAJENE, 30 DESEMBER 1982**

ALAMAT : **JL. SULTAN HASANUDDIN No. 11, KEL. WALA, KEC. MARITENGNGAE**

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

TEMPAT PRAKTEK : **APOTEK RAMA FARMA**  
ALAMAT PRAKTEK : **JL. ANDI MAPPANYUKKI, KEL. PANGKAJENE, KEC. MARITENGNGAE**  
NOMOR STRA : **19821230/STRA-UNHAS/2008/27712**  
STRA BERLAKU S/D : **30 DESEMBER 2026**

Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KESATU 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 : 03 Februari 2022



**Biaya : Rp. 0,00**

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan
2. Ketua Komite Farmasi Nasional
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan
4. Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan KB Kab. Sidenreng Rappang
5. Organisasi Profesi



# FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek Rama Rama Gbrap  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) :  Jl. Andi Mappanyukki, kel. Pangkajene, kec. Mantengngae  
 Kab. Gbrap

No NPWP (\*) : .....

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: ..... Masa berlaku .....  
dan Toko Obat) .....

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : ..... Masa Berlaku .....

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : ..... Masa Berlaku .....

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

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Ijin 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 API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

## Data Relasi (Operasional)

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

Handphone : .....


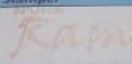

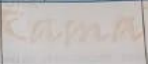
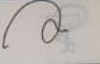
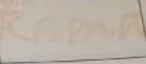
Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : ..... Telpon : .....

Handphone : .....

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

Handphone : .....



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 :

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 : Apt. Adhian, S.Si  
Tempat/Tgl lahir : Pangkajene, 30-12-1982  
Alamat : Jl. Andi Mappanyutfi

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 ucapkan terima kasih.

APOTEK  
Menyetujui,  
  
(Apt. Adhian, S.Si)

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