



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

LAMPIRAN

IZIN : 02750102237060003

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"><li>- Administrasi.</li><li>- Lokasi.</li><li>- Bangunan.</li><li>- Sarana, prasana dan peralatan.</li><li>- SDM.</li></ul> <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).</li><li>- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.</li><li>- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Baru	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 (KL).
3. Verifikasi pemenuhan persyaratan Pelaku Usaha dilakukan oleh Kementerian/Lembaga/Pemerintah Daerah terkait.
4. Lampiran ini merupakan bagian tidak terpisahkan dari dokumen Izin tersebut.

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.</li><li>2. Dokumen ini jika kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.</li><li>3. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.</li></ol> |
|--|





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
IZIN : 02750102237060003

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan IZIN APOTEK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : Yayasan MITRA USAHA BARU MANDIRI  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 0275010223706   |
| 3. Alamat Kantor   | : Jl. A.A. Bau Massepe, Desa/Kelurahan Mangempang, Kec. Barru, Kab. Barru, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 90712                    |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : 081342212295  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBBI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 7. Lokasi Usaha  | : Jl. A. A. Bau Massepe Lingk. Mangempang, Desa/Kelurahan Mangempang, Kec. Barru, Kab. Barru, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 90711 |
| 8. Status  | : Telah memenuhi persyaratan  |

Lampiran Izin ini memuat daftar persyaratan dan/atau kewajiban sesuai dengan Kode KBBI 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: 10 Januari 2022

a.n. Bupati Barru  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Barru,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 10 Januari 2022

- |   |
|---|
| 1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.<br>2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.<br>3. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses. |
|---|

3422



**PEMERINTAH KABUPATEN BARRU**  
**DINAS PENANAMAN MODAL, PELAYANAN TERPADU SATU PINTU DAN TENAGA KERJA**

Mal Pelayanan Publik Masiga Lt. 1-3 Jl. H. Andi Iskandar Unru Telp. (0427)-21662 Fax. (0427)-21410  
http://izinonline.barrukab.go.id; e-mail: barrudpmptsptk@gmail.com Kode Pos 90711

**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KESATU**

NOMOR : 266 /SIPA/DPMPTSPTK/XII/2021

Dasar :

- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 31 Tahun 2016 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktek dan izin Kerja Tenaga Kefarmasian.
- Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 138 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Daerah.
- Keputusan Bupati Barru Nomor : 294/DPMPTSPTK/VI/2019 tanggal 14 Juni 2019 tentang Pelimpahan Kewenangan Penanda tangan Perizinan dan Non Perizinan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu dan Tenaga Kerja Kabupaten Barru Tahun 2019.
- Rekomendasi Tim Teknis Dinas Kesehatan Kabupaten Barru Nomor : 266/D.Kes/BR/Yan-3/XI/2021 Tanggal 29 November 2021
- Surat Permohonan : apt. Atika Muhiddin, S.Si Tanggal 03 November 2021

**MENGIZINKAN**

KEPADА

Nama Lengkap : apt. Atika Muhiddin, S.Si  
Tempat, Tanggal Lahir : Barru, 21 Juli 1981  
Alamat Rumah : Jl. Asoka No. 33 Barru RT. 001 Kel. Tuwung Kec. Barru  
No. STRA : 19810721/STRA-ISTN/2005/28912  
Masa Berlaku STRA sampai : 21 Juli 2026

Untuk melakukan Praktik di

Nama Tempat Praktik : Apotek UBM Medika 1  
Alamat : Jl. A. A. Bau Massepe Kel. Mangempang Kec. Barru Kab. Barru  
Waktu Praktik : - Senin, Pukul : 15.00 s/d 20.45 Wita.  
- Selasa s/d Jumat, Pukul : 09.30 s/d 15.15 Wita.

Masa Berlaku SIPA sampai : 21 Juli 2026

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentua peraturan perundang-undangan.
- 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 : Barru  
Pada tanggal : 01 Desember 2021

a.n. Kepala Dinas,

Plt. Sekretaris

IKHSAN HAERUDDIN, S.STP, M.Si  
Pangkat : Pembina IV/a  
NIP. 19810709 199912 1 001

Biaya Retribusi : 0'-



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK UBM MEDIKA 1 BARRU

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. A.A. BAV MASSEDE, KEL. MATOEM PAHIS, KEC. BARRU, KAB. BARRU  
PROVINSI SULAWESI SELATAN

No NPWP (\*) : 81. 955. 263. 9 - 802. 000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS, dan Toko Obat) : 027501022370 60003

Masa berlaku ... 10 JANUARI 2027

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 (*)	opt. ATIKAH, M.Si	266/S/RA/0PMP/15874	/XII/2021 - 21/6/26	085236681133
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	ADE ARISTA A.	A. Md. Farm.	139/SIP/TK/DPMP/738/IV/2023	25/4/2028
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 : Opt. Atikah Nama : Ade Arista A. Nama : Nama : Nama :

## Data Relasi (Operasional)

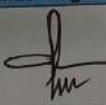
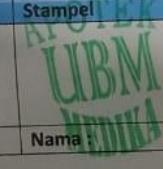
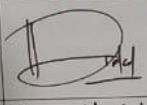
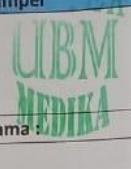
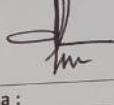
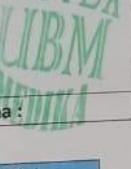
Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : opt. ATIKAH MULYODITI, S.Si

Handphone : 0852 3668 1132 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : ADE ARISTA A., A.Md. Farm

Handphone : 0815. 2458. 1573 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : opt. ATIKAH MULYODITI, S.Si

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama :		Nama : Ade Arisca .A	Nama :	Nama :	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh	
Marketing	Keuangan	APJ	
Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Nama : 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. ATIKA MULYODITY, S.Si  
Tempat/Tgl lahir : BARU, 21 JULI 1981  
Alamat : JL. ASOKA

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **APOTEK UBM MEDIKA** di **BARU**  
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.

BARU, 12/6/2025

Menyetujui  
  
( apt. ATIKA MULYODITY )

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili