



KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA PAREPARE

0003 1161 7580 2000

DINAS KESEHATAN



JL HARAPAN BARU KOMPLEKS SKPD A NO.002 RT. 000 RW.
000, LAKESSI, MARITENGNGAE, KAB. SIDENRENG RAPPANG,
SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 01/04/2020



djp



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) KEDUA

NOMOR : 43/SIPA/DPMTSP/8/2022

- 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 **BEDO SARI ANTON, S.Si., Apt** Tanggal **29-08-2022**
4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB
Nomor : **43/SIPA/DINKES,DALDUK & KB/8/2022** Tanggal **29-08-2022**

MENGIZINKAN

KEPADA

NAMA : BEDO SARI ANTON, S.Si., Apt
TTL : PANGKAJENE , 01 MARET 1978
ALAMAT : JL. SULTAN HASANUDDIN No.12, KEL. WALA, KEC. MARITENGNGAE
UNTUK : diberikan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KEDUA dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :
TEMPAT PRAKTEK : DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK & KB
ALAMAT PRAKTEK : JL. HARAPAN BARU, KOMP. SKPD BLOK A No. 2 DAN 3
NOMOR STRA : 19780301/STRA-UNHAS/2004/27708
STRA BERLAKU S/D : 01 MARET 2026

Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KEDUA 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 : 05 September 2022



Biaya : Rp. 0,00

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Kesehatan
2. Ketua Komite Farmasi Nasional



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

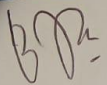



ma Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : DINKES SIDENREKS RAPPARE
imat Relasi (sesuai izin relasi) : JL Harpan baru kamp SKPD A no 002
RT 000 RW 000 Latesse Edo Sidenreng rappaan sul-
NPWP (*) : 0003 1161 7580 2000
urat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS:
an Toko Obat) Masa berlaku
o Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku
o Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku
ertifikat CDOB PBF (*) : Masa Berlaku

APJ / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin 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 APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
Nama : <u>BENJAN A</u>	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 : BEDJARI A	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh	
Marketing	Keuangan	APJ	
Nama :	Nama :	Nama :	
Tgl :	Tgl :	Tgl :	

Keterangan:

(*) wajib di isi

dokumen dalam bentuk HardCopy bersama spesimen

bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Tempat/Tgl lahir :
Alamat :

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **DINAS KESEHATAN KAB. SIDRAP**
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.

PANGAJENE SIDENRENG, 12 July 2025.



An. Kepala Dns.
Menyetujui, Kepala Bidang SDK.
Selaku PPTK.

(.....LAJUNING.....)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili