



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU TIMUR  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU**

Alamat : Jl. Soekarno Hatta, Kecamatan Malili, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan  
No. Telp. 0812 3457 7756 Website : [www.dpmptsp.luwutimur.go.id](http://www.dpmptsp.luwutimur.go.id)  
email : [dpmptsp@luwutimurkab.go.id](mailto:dpmptsp@luwutimurkab.go.id)

**SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN**

**Nomor : 500.16.7.2/643/SIK/DPMPTSP-LT/VIII/2025**

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 80 Tahun 2023 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha di Daerah 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 praktek/kerja kepada :

Nama : **apt. Iwid Topan Alham, S.Farm**  
Tempat / Tgl. Lahir : Pare-Pare, 19 April 1987  
Alamat Rumah : Dsn. Sidoarjo, Desa Beringin Jaya, Kec. Tomoni  
Nomor STRA : QF00001222568556  
Nomor Rekomendasi : 400.7.20.1/057-REK/DINKES/2025, Tanggal 05 Agustus 2025  
Jenis Tenaga Kesehatan : Apoteker (SIPA) yang Kedua  
Untuk Praktek/Kerja : Pada Sarana Swasta  
Waktu Praktek : - Hari : Senin - Minggu  
- Jam : 15.00 s/d 21.00 Wita  
Berlaku sampai dengan : **19 April 2029**  
Sebagai : Apoteker Penanggung Jawab  
No. Hp : 08114458300

Untuk melaksanakan praktek/kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Aumiq Medika, Dusun Jati Rejo, Desa Kalaena Kiri, Kec. Kalaena**. 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 : 08 Agustus 2025

An. **Bupati Luwu Timur**  
**Plt. Kepala DPMPTSP**



**ABDUL WAHID RAHIM SANGKA, SP, M.SI**

Pangkat : Pembina Utama Muda (IV.c)

NIP. 19690126 199803 1 004

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur.



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 20082500921630001**

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 6 Tahun 2023 tentang Penetapan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja Menjadi Undang-Undang, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan IZIN APOTEK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : IWID TOPAN ALHAM  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2008250092163   |
| 3. Alamat Kantor   | : DSN SIDOARJO, Desa/Kelurahan Beringin Jaya, Kec. Tomoni, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan                             |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 5. Lokasi Usaha  | : Jln. Poros Kalaena Kiri, Desa/Kelurahan Kalaena Kiri, Kec. Kalaena, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 91974 |
| 6. Skala Usaha   | : Usaha Mikro   |
| 7. Status  | : Telah memenuhi persyaratan  |

Lampiran Izin ini memuat daftar persyaratan dan/atau kewajiban sesuai dengan kode KBLI 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: 4 September 2025

**a.n. Bupati Luwu Timur**  
**Kepala DPMPSTP Kabupaten Luwu Timur,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 4 September 2025

1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.
2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN**

**IZIN : 20082500921630001**

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>- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.</li><li>- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.</li><li>- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab.</li><li>- Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi.</li><li>- Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Luwu Timur	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 (K/L).
3. Verifikasi pemenuhan persyaratan Pelaku Usaha dilakukan oleh Kementerian/Lembaga/Pemerintah Daerah terkait.
4. Lampiran ini merupakan bagian tidak terpisahkan dari dokumen Izin tersebut.

1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.
2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN APOTEK 20082500921630001**

Lampiran berikut memuat data teknis **Izin Apotek**, sebagai berikut :

Status Permohonan	:	Baru
Nama Apotek	:	<b>APOTEK AUMIQ MEDIKA</b>
Alamat Apotek	:	Dusun Jati Rejo, Desa Kalaena Kiri, Kec. Kalaena, Kab. Luwu Timur, Prov. Sulawesi Selatan.
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Iwid Topan Alham, S.Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/643/SIK/DPMPTSP-LT/VIII/2025
Masa Berlaku SIPA	:	19-04-2029
Masa Berlaku	:	Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.

1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.
2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7317161904870001

Nama : IWID TOPAN ALHAM  
Tempat/Tgl Lahir : PARE-PARE, 19-04-1987  
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : O  
Alamat : DSN.SIDOARJO  
RT/RW : 004/000  
Kel/Desa : BERINGIN JAYA  
Kecamatan : TOMONI  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: KAWIN  
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR  
04-05-2017



KPP PRATAMA PALOPO

97.221.588.3-803.000

IWID TOPAN ALHAM

NPWP16 : 7317 1619 0487 0001



DN JAYA BAKTI RT.001 RW.-, MULYASRI, MULYASRI,  
TOMONI, KAB. LUWU TIMUR, SULAWESI SELATAN,  
92972

Tanggal Terdaftar 28/03/2012



www.pajak.go.id

Pajak Kita Untuk Kita



KEMENTERIAN KEUANGAN  
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

Kartu ini harap disimpan baik-baik dan apabila hilang, agar segera melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdaftar.

NPWP agar dicantumkan dalam hal berhubungan dengan dokumen perpajakan. Dalam hal Wajib Pajak pindah domisili, supaya melaporkan diri ke Kantor Pelayanan Pajak lama atau Kantor Pelayanan Pajak baru.

Seluruh layanan perpajakan tidak dipungut biaya.



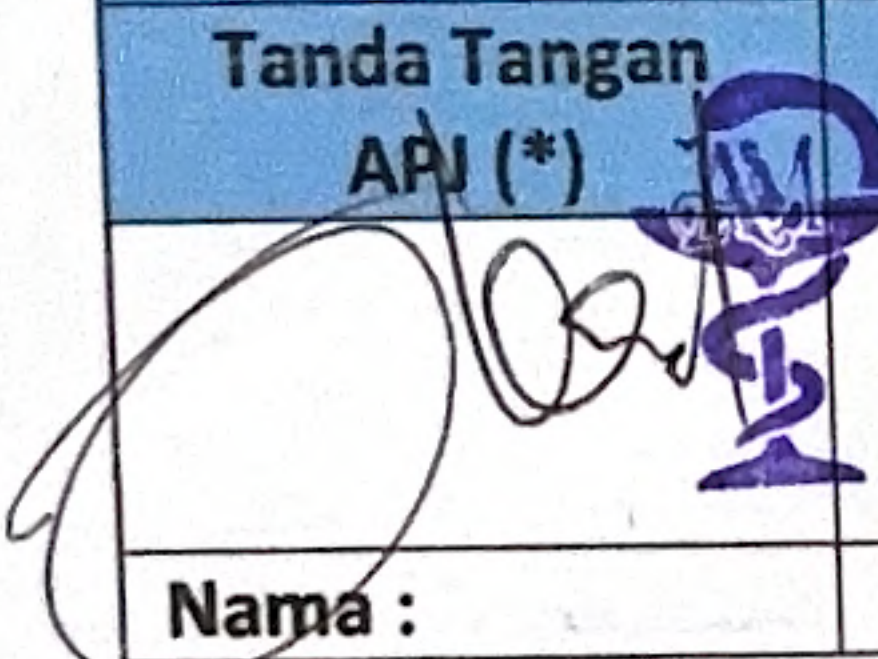
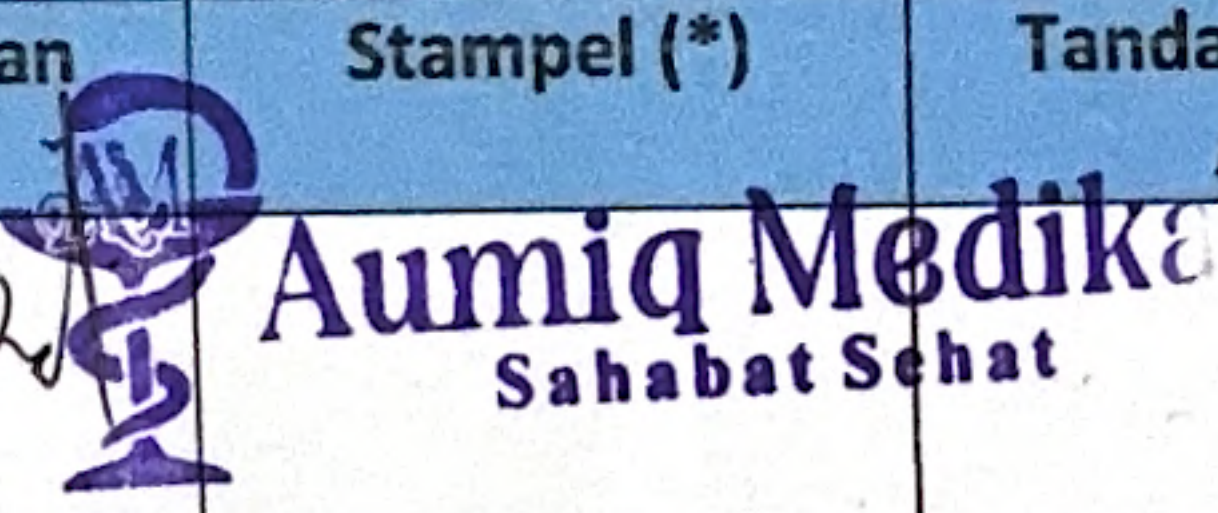
### FORM SPESIMEN RELASI

#### DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK AUMIQ MEDIKA  
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Dusun Gali Rejo, Desa Kalaena Kiri, kec. Kalaena  
Kab. Lwu Timur, Prov. Sul-Sel  
 No NPWP (\*) : 29.221.588.3 - 803 - 000  
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 20082500921630001  
 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 (*)	Iwida Topan Alham	500.16.7.2/643/SIK/ DPMPTSP-LT/VIII/2025	19-04-2029	08114458300
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Selvi Lidia .K	500.16.7.2/645/SIK/ DPMPTSP-LT/VIII/2025	29-09-2026	085343500768
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 :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

#### Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : .....  
 Handphone : ..... Telpon : .....  
 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....  
 Handphone : ..... Telpon : .....  
 Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : .....  
 Handphone : ..... Telpon : .....



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : IWID TOPAN ALHAM  
Tempat/Tgl lahir : PARE-PARE, 18 APRIL 1987  
Alamat : DESA BERLINGIN JAYA, KEC TOMONI

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:

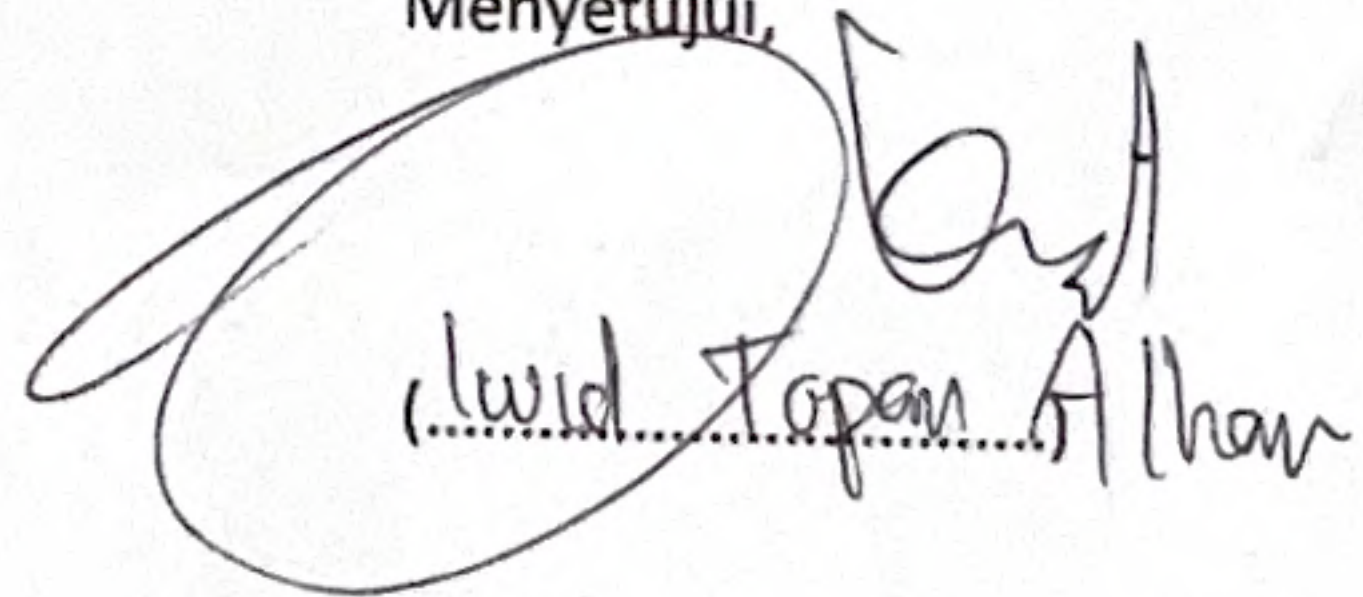
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara **"transfer"** ke rekening resmi  
PT. Samphrindo Putra Trading  
BCA ( REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)  
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman 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.

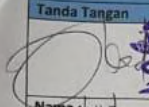

balloen 16/9/2025  
....., ..../...../.....

Menyetujui,

  
.....  
Iwid Topan Alham

**\*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 : wld	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