





KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA MAJENE

7603 0348 0581 0002

RONE' DARA DEMMANDULU'



JL ACHMAD YANI NO.3 RT. 000 RW. 000, MAMASA, MAMASA,  
KAB. MAMASA, SULAWESI BARAT



djp

TANGGAL TERDAFTAR 12/04/2012

[www.pajak.go.id](http://www.pajak.go.id)

Pajak Kita Untuk Kita

npwp.



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



**PEMERINTAH KABUPATEN MAMASA**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Jl. Demmatande No. (Komp Kantor Gabungan Dinas Lt.1 Mamasa) kp. 91362  
Website : <http://dpmptspmamasa.ddns.net>

**SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER**

NOMOR : 5838/SIKA/DPM-PTSP/II/2025

Dasar : a. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian;  
b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi,  
Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian;  
c. Peraturan Bupati Mamasa Nomor 2 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu Kabupaten pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan  
Terpadu Satu Pintu Kabupaten Mamasa.

Yang bertanda-tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu  
Satu Pintu Kabupaten Mamasa memberikan Izin Praktek Apoteker kepada :

Apt. ELPIN, S.Si

Tempat/Tgl. Lahir	: UJUNG PANDANG, 12 DESEMBER 1977
Alamat	: BATU DESA, TONDOK BAKARU, KEC. MAMASA
No. STRA	: PB00001041786652
STRA berlaku s/d	: SEUMUR HIDUP
Untuk Praktek sebagai	: APOTEKER
Nama Sarana	: APOTEK KUSUMA RAYA FARMA
Alamat Sarana	: JL. AHMAD YANI NO 03, KEL. MAMASA, KEC. MAMASA, KABUPATEN. MAMASA

BERLAKU S/D 07 FEBRUARI 2030

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan kefarmasian di fasilitas produksi/distribusi/penyaluran harus mematuhi ketentuan cara pembuatan obat yang baik/cara distribusi obat yang baik dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Surat izin ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam surat izin.

Dikeluarkan di : Mamasa  
Pada tanggal : 07 FEBRUARI 2025



**FORM SPESIMEN RELASI**
**DATA RELASI (Legal Doc)**

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : ..... **APOTEK KUSUMA RAYA FARMA**

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : ..... **JL. AHMAD YANI NO.3, MAMASA  
KEL-MAMASA - KEC-MAMASA - KAB-MAMASA**

No NPWP (\*) : ..... **7603034805810002**

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: ..... **16062200843810002**  
dan Toko Obat) Masa berlaku ..... **5 TAHUN (9 Jun 2028)**

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : ..... **1606220084381** Masa Berlaku ..... **5 TAHUN (16 Juni 2028)**

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 (*)	Apt-Eripik, S.CI	5838/SIKAF/PMI-PTSP/I/2025	07-02-2030	082193569137
2	Apoteker Pendamping 1				
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Sti Juhu Lestari A	Md.Farm 5892/SIKAF/PMI-PTSP/I/2025	15 April 2029	08229128
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 : dr-Rone Dara	Nama :	Nama : Sri Juni L	Nama : APOTEK KUSUMA RAYA FARMA	Nama :	Nama :

**Data Relasi (Operasional)**

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : ..... **dr-Rone Dara**

Handphone : ..... **082195771869** Telpon : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : ..... **dr-Rone Dara**

Handphone : ..... **082195771869** Telpon : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : ..... **dr-Rone Dara**

Handphone : ..... **082195771869** Telpon : .....

Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : dr. Rache Dara	Nama : KUSUMARAYA FARMA	Nama : dr. Rache Dara	Nama : KUSUMARAYA FARMA	Nama : dr. Rache Dara	Nama : KUSUMARAYA FARMA

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

Jng bertanda tangan di bawah ini:

Nama : dr-Rone Date  
Tempat/Tgl lahir : Makassar / 8 Mei 1981  
Alamat : Jl Ahmad Yani No.3 Makassar

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari .....APOTEK KUSUMA RAYA FARMA 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 ucapan terima kasih.

....., 23/04/2025

Menyetujui,

(dr-Rone Date)

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
IZIN : 16062200843810002

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                                     | : | RONE' DARA DEMMANDULU'   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : | 1606220084381  |
| 3. Alamat Kantor   | : | JL. AHMAD YANI NO.3, Desa/Kelurahan Mamasa, Kec. Mamasa, Kab. Mamasa, Provinsi Sulawesi Barat                      |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : | 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik   |
| 5. Lokasi Usaha  | : | Jl. Ahmad Yani No.3 , Desa/Kelurahan Mamasa, Kec. Mamasa, Kab. Mamasa, Provinsi Sulawesi Barat,<br>Kode Pos: 91362 |
| 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: 9 Juni 2023

Perubahan ke-1, Tanggal: 9 Juni 2023

a.n. Bupati Mamasa  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Mamasa,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 9 Juni 2023

- |   |
|---|
| 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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.  |



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

LAMPIRAN

IZIN : 16062200843810002

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 Mamasa	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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.