



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

Jln. Soekarno – Hatta | Hp. 08 12345 777 56

email : { [HYPERLINK "mailto:dpmptsp@luwutimurkab.go.id"](mailto:dpmptsp@luwutimurkab.go.id) } - website [dpmptsp.luwutimurkab.go.id](http://dpmptsp.luwutimurkab.go.id)  
M A L I L I , 9 2 9 8 1

**SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN**

Nomor : 446/602/DPMPTSP/VIII/2023

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur 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. Ibrahim, S.Farm
Tempat / Tgl. Lahir	: Pincara / 29 September 1989
Alamat Rumah	: Dsn. Bone Rata, Desa Bone Pute, Kec. Burau
Nomor STR	: 28 28 7 1 2 23-89092904
Nomor Rekomendasi	: 440/052-REK/DINKES/VIII/2023, Tanggal 8 Agustus 2023
Jenis Tenaga Kesehatan	: Apoteker (SIPA) yang Kesatu
Untuk Praktek/Kerja	: Pada Sarana Swasta
Waktu Praktek	: - Hari : Senin s/d Minggu - Jam : 14.00 s/d 21.00 Wita
Berlaku sampai dengan	: <b>29 September 2028</b>
No. Hp	: 085256623457

Untuk melaksanakan praktek/kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Eka Farma 2**, Desa Jalajja, Kec. Burau. 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 : 18 Agustus 2023

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



Andi Habil Unru, SE

Pangkat : Pembina Utama Muda (IV.c)  
NIP : 19641231 198703 1 208

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 12080002116530001**

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                                     | : | IBRAHIM   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : | 1208000211653   |
| 3. Alamat Kantor   | : | DUSUN BONE RATA, Desa/Kelurahan Bone Pute, Kec. Burau, 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  | : | Dusun Saulu, Desa Jalajja, Desa/Kelurahan Jalajja, Kec. Burau, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92975 |
| 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 November 2023

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



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 9 November 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 : 12080002116530001

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><b>Persyaratan:</b></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><b>Kewajiban:</b></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. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. 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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN APOTEK 12080002116530001**

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

Status Permohonan	:	Perpanjangan
Nama Apotek	:	<b>APOTEK EKA FARMA2</b>
Alamat Apotek	:	Jln. Trans Sulawesi, Dsn. Saulu, Desa Jalajja, Kec. Burau, Kab. Luwu Timur, Prov. Sulawesi Selatan.
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Ibrahim, S.Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	446/602/DPMPTSP/VIII/2023
Masa Berlaku SIPA	:	29-08-2028
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 BSrE-BSSN. Data lengkap Perizinan,
4. Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



**npvp.**

KPP PRATAMA PALOPO

**92.935.994.1-803.000**

**IBRAHIM**

**NPWP16 : 731505290989001**

DUSUN BONE RATA RT. 002

BONE PUTE, BURAU

KAB. LUWU TIMUR SULAWESI SELATAN



Tanggal Terdaftar 20/09/2019



**djp**

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 73150529051890001

Nama : IBRAHIM  
Tempat Lahir : PINGIWA, 28-05-1989

Jenis Kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : AB

Alamat : DUSUN BONE RATA

RT/RW : 002/000

Kel/Desa : BONE PUTE

Kecamatan : BURAU

Azama : ISLAM

Status Perkawinan: KAWIN

Pekerjaan : KARYAWAN HONORER

Kewarganegaraan: WNI

Tempat Tinggal : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR  
18-12-2015

*[Handwritten signature]*



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 1208000211653

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 Nomor Induk Berusaha (NIB) kepada:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : IBRAHIM   |
| 2. Alamat  | : DUSUN BONE RATA, Desa/Kelurahan Bone Pute, Kec. Burau, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan |
| 3. Nomor Telepon Seluler                                 | : 85256623457   |
| Email  | : baimk89@gmail.com   |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : Lihat Lampiran  |
| 5. Skala Usaha   | : Usaha Mikro   |

NIB ini berlaku di seluruh wilayah Republik Indonesia selama menjalankan kegiatan usaha dan berlaku sebagai hak akses kepabeanan, pendaftaran kepesertaan jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan, serta bukti pemenuhan laporan pertama Wajib Lapor Ketenagakerjaan di Perusahaan (WLKP).

Pelaku Usaha dengan NIB tersebut di atas dapat melaksanakan kegiatan berusaha sebagaimana terlampir dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan di Jakarta, tanggal: 15 Februari 2021

Perubahan ke-1, tanggal: 24 Mei 2022

Menteri Investasi/  
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 10 November 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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN  
NOMOR INDUK BERUSAHA: 1208000211653

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha untuk:

No.	Kode KBLI	Judul KBLI	Lokasi Usaha	Tingkat Risiko	Perizinan Berusaha		
					Jenis	Status	Keterangan
1	47721	Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik	Dusun Saulu, Desa Jalajja, Desa/Kelurahan Jalajja, Kec. Burau, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 92975	Tinggi	NIB Izin	Terbit Terbit	- -

1. Dengan ketentuan bahwa NIB 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 NIB 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 BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



**FORM SPESIMEN RELASI**

**DATA RELASI (Legal Doc)**

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : API ERA FARMA 2.

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Trans Sulawesi, Desa Sawu, Jayam, Kec. Burau, Kab. Wajo, Prov. Sulawesi Selatan.

NPWP (\*) : 92.035.999.1003.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : AAB/602/DPMPTSP/VIII/2023

Toko Obat) Masa berlaku 29 September 2023

Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Ijikat CDOB PBF (\*) : Masa Berlaku

/ Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
Apoteker Penanggung Jawab (*)	IBRAHIM-SIP	AAB/602/DPMPTSP/VIII/2023	0852-5662-3457	
Apoteker Pendamping 1				
Apoteker Pendamping 2				
Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
IBRAHIM	ERA FARMA Jln. Trans Sulawesi Desa Jayam Kec. Burau	AA	IBRAHIM	AA	IBRAHIM
IBRAHIM Nama :		Nama :		Nama :	

**Data Relasi (Operasional)**

Bagian Pemasaran (\*) : IBRAHIM

Bagian Penerimaan Barang : IBRAHIM

Bagian Pembayaran(\*) : IBRAHIM

Spesimen Bagian Pemasaran		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 : IBRAHIM  
Tempat/Tgl lahir : BANJARBARU 29 - 09 - 1985.  
Alamat : BLOK DURE BUDAU.

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. Samphirindo 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. Menginformasi 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.

....., ...., ....

Menyetujui,



\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili