



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APOTEK AMERIA 2
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. GARUDA NO. 10 MALLCOPA / BARAMBANG
DESA BONTO MATENG KEC. MANDOH
No NPWP (*) : 09.085.235.2-809.000
Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 6/III/15K/DPMPTSP/2022
dan Toko Obat) Masa Berlaku 15 MARET 2027
No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SUIP) : 2102220050817 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 (*)	Radzmi Junaidi	609/III/SIPK/	15 MAR 27	
2 Apoteker Pendamping 1		DPMPTSP/2022		
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	SISKA DWI PUTRI	609/XIV/SIPK/	14 SEP 25	
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2		DPMPTSP/2021		
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3	MUTMAINNA			

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
	APOTEK AMERIA 2		APOTEK AMERIA 2		APOTEK AMERIA 2
Nama :		Nama :		Nama :	

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : ANDI MERIA ULFAH ACHMAD, S.FARM
Handphone : 0823-4803-6439 Telpon :
Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : MUTMAINNA, AMD. FARM.
Handphone : 085298393855 Telpon :
Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : ANDI MERIA ULFAH ACHMAD, S.FARM.
Handphone : 0823-4803-6439 Telpon :

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 : Apri Radzmi Junaid, Staran Tgl :		

Keterangan:

- (*) wajib di isi
- Harap untuk melampirkan semua dokumen dalam bentuk HardCopy bersama spesimen

12/07/2025, 20

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

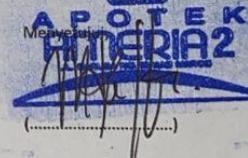
Nama : ANDI MERIA ULFAH ACHMAD
Tempat/Tgl lahir : UJUNG PANDANG, 13 SEPTEMBER 1980
Alamat : DTN WESABBE II BLOKA. NO.3.

Adalah sebagai *Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili* dariAPOTEK AMERIA 2 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.



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

PEMERINTAH KABUPATEN MAROS
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Asoka No. 1 Telp. (0411)373884 Kabupaten Maros
email : admin@dpmptsp.maroskab.go.id Website : www.dpmptsp.maroskab.go.id

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER
Nomor : 169/III/SIPK/DPMPTSP/2022

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Maros memberikan Izin Praktik kepada :

Apt. RADZMI JUNAID, S.Farm, M.Si

Tempat/ Tgl. Lahir	: Ujung Pandang, 15 Maret 1988
Alamat	: Jl Tidung IV Setapak 02 No. 98 Makassar
Nomor STR	: 19880315/STRA-UNHAS/2013/233264
Rekomendasi OP	: 000006/PC IAI/Kabupaten Maros/02/2022
Untuk Praktik Apoteker di	: Apotek Ameria 2
Alamat Tempat Praktik	: Jl. Garuda No. 10 Desa Bonto Matene Kec. Mandai Kabupaten Maros
Hari Kerja/ Jam Kerja	: Senin, Rabu, Jumat (15.00 - 22.00) Wita Selasa, Kamis, Sabtu (13.00-22.00) Wita

Surat Izin Praktik Apoteker berlaku sampai dengan tanggal 15 Maret 2027



Maros, 16 Maret 2022

KEPALA DINAS,



ANDI ROSMAN, S. Sos, MM
Pangkat : Pembina Utama Muda
Nip 19721108 199202 1 001

Tembusan Kepada Yth.:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Maros.
2. Pertinggal

PEMERINTAH KABUPATEN MAROS
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Asoka No. 1 Telp. (0411)373884 Kabupaten Maros
email :admin@domptsp.meroskab.go.id Website : www.domptsp.meroskab.go.id

SURAT IZIN APOTEK
Nomor : 6/III/ISK/DPMPTSP/2022

**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KABUPATEN MAROS**

Membaca : Surat Permohonan Apt. RADZMI JUNAID, S.Farm, M.Si tanggal 16 Maret 2022 tentang permohonan untuk memperoleh izin Apotek.
Menimbang : bahwa pemohon telah memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan dan permohonan dapat disetujui.
Mengingat : 1. Undang-undang Obat Keras (SI. 1937 No. 54);
2. Undang-undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika (Lembaran Negara Tahun 1997 No.10 Tambahan Lembaran Negara No. 3671);
3. Undang-undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
4. Undang – undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 No. 144 Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063);
5. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1996 No. 49, Tambahan Lembaran Negara No. 3637);
6. Peraturan Pemerintah Nomor 25 Tahun 1980 tentang Perubahan atas Peraturan Pemerintah No. 26 Tahun 1965 tentang Apotek (Lembaran Negara Tahun 1980 Nomor 40, Tambahan Lembaran Negara Nomor 3169);
7. Peraturan Pemerintah Nomor 72 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1998 No.138, Tambahan Lembaran Negara No.3781);
8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1332/Menkes/SK/X/2002 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No.922/Menkes/Per/IX/1993 tentang Ketentuan dan Tata Cara Pemberian Izin Apotek;
9. Peraturan Bupati Maros Nomor 89 Tahun 2017 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Bupati Maros Nomor 43 Tahun 2017 tentang Penyederhanaan dan Pelimpahan Kewenangan Perizinan dan Non Perizinan pada Dinas Penanam Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Maros

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :
Kesatu : Memberi Izin Apotek kepada :
Nama : Apt. RADZMI JUNAID, S.Farm, M.Si
Alamat : JL. TIDUNG IV NO. 98 MAKASSAR
Nomor STRA : 19880315/STRA-UNHAS/2013/233264
Nama Apotek : Apotek Ameria 2
Alamat Apotek : Jl. Garuda No. 10 Macoppa/Barambang Desa Bonto Matene Kec. Mandai
Dengan Menggunakan Sarana : Milik Pihak Lain
Nama Pemilik Sarana : Hj. Andi Nurhayani
Alamat : BTN Wesabe II Blok A No.3
Masa Berlaku : 15 Maret 2027

Dengan ketentuan sebagai berikut :
1. Izin Apotek ini berlaku untuk Apoteker atau Apoteker yang bekerjasama dengan Pemilik sarana Apotek di lokasi dan sarana sebagaimana yang tersebut di atas.
2. Penyelenggaraan Apotek harus selalu mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Kedua : Surat Izin Apotek ini dicabut apabila terjadi hal-hal yang melanggar ketentuan yang berlaku atau terjadi pergantian Apoteker atau Apotek pindah lokasi.

Maros, 16 Maret 2022
KEPALA DINAS,



ANDI ROSMAN, S.Sos, MM
Pangkat : Pembina Utama Muda
Nip. 19721108 199202 1 001



Tembusan Yth :
1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Maros di Maros;
2. Arsip.

