



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK ARKA FARMA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : .....

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

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: .....)

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 / ITK	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(*)
AF	APOTEK ARKA FARMA	Uf	APOTEK ARKA FARMA		

Nama : Nama : Nama : Nama : Nama : Nama :

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : .....

Handphone : ..... Telpo : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....

Handphone : ..... Telpo : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : .....

Handphone : ..... Telpo : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
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:

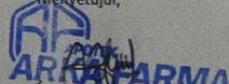
Nama : Andi Maulia  
Tempat/Tgl lahir : Soppeng / 1 Juli 1998  
Alamat : Dusun Polewali Desa Polembo Kec. Iompu

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 meritiupkan 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.

Polewali, 29/6/25  
Menyetujui,  


\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN  
IZIN : 11022500365460002

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. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Bone	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 (KL).
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  
IZIN : 11022500365460002

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                                     | : | ANDI MAULIA   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : | 1102250036546   |
| 3. Alamat Kantor   | : | DEKKO, Desa/Kelurahan Mappesangka, Kec. Ponre, Kab. Bone, 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 Polewalli, Desa/Kelurahan Poleonro, Kec. Lamuru, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92764 |
| 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: 2 Juni 2025

a.n. Bupati Bone  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 2 Juni 2025

- |   |
|---|
| 1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.<br>2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.<br>3. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses. |
|---|



**PEMERINTAH KABUPATEN BONE**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
Jl. Petta Ponggawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056  
Website : <https://dpmpfsp.bone.go.id> - Email : dpmpfspbone@gmail.com

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**  
**Nomor: NR73082504001114**

- Dasar:**
- a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
  - b. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
  - c. Peraturan Bupati Bone Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : Andi Maulia  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Soppeng, 01 Juli 1998  
**Alamat Rumah** : dekko, Desa/Kel. Mappesangka, Kec. Ponre, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker  
**Alamat Praktik** : APOTEK ARKA FARMA, Dusun Polewali Desa/Kel. Poleonro, Kec. Lamuru, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : KG00000772970258

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 10 April 2030



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone  
Pada Tanggal : 11 April 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN BONE



**Drs. ANDI AMRAN, M. Si.**  
Pembina Utama Muda, IV/c  
NIP. 196811221989081001

**Tembusan :**

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone.
2. Arsip.

1. Foto KTP Apoteker Penanggung Jawab



2. NPWP Apoteker Penanggung Jawab

