



PEMERINTAH KABUPATEN SOPPENG
DINAS PENANAMAN MODAL, PELAYANAN TERPADU SATU PINTU,
TENAGA KERJA DAN TRANSMIGRASI
JL. Salotungo No. 2 Tlp. 0484 - 23743 Watansoppeng 90812

IZIN TENAGA KESEHATAN
SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA)

NOMOR : 17/SIPA/DPMPTNT/IV/2024

- Dasar :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063)
 2. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.
 3. Surat Permohonan **DAHNIAR, S.Si., Apt.**
 4. Rekomendasi No. **23/SIPA/REK-T.TEKNIS/DK/VI/2024**
- | | |
|--------------------|--------------------|
| Tanggal 22-04-2024 | |
| | Tanggal 19-06-2024 |

MEMBERIKAN IZIN PRAKTEK APOTEKER KEPADA :

DAHNIAR, S.Si., Apt.

Tempat / Tanggal lahir	: WATANSOPPENG , 09 MEI 1982
Alamat	: JL. MALAKA RAYA, KEL. LEMBA, KEC. LALABATA
Nomor STRA	: QI00000155928970
STRA berlaku sampai dengan	: 19 JUNI 2024
Untuk Berpraktek sebagai	: APOTEKER
Nama Tempat Praktek	: APOTEK AL KHAIR
Alamat Praktek	: JL. MADRAZAH NO.177 TAKALALA, KEC. MARIORIWAWO
Waktuk Praktek	: Hari : SENIN - SABTU Jam : 16.00 - 19.00
Masa Berlaku SIPA	: 19 JUNI 2029

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan kefarmasian farmasi produksi/distribusi/pelayanan kefarmasian harus mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angak 1 (satu) diatas dan pekerjaan/Praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.
3. Izin ini dapat dicabut kembali apabila yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
4. Surat izin ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Dikeluarkan di : Watansoppeng
Pada Tanggal : 20 Juni 2024

**An. BUPATI SOPPENG
KEPALA DINAS**



ANDI DHAMRAH, S.Sos, M.M

**Pangkat : PEMBINA UTAMA MUDA
NIP : 19700815 199803 1 007**





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 25072400645030001

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 | : PT APOTEK ALKHAIR BERKAH |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 2507240064503 |
| 3. Alamat Kantor | : MALLEKANA, Desa/Kelurahan Tettikenrarae, Kec. Maroriwato, Kab. Soppeng, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 90862 |
| 4. Status Penanaman Modal | : PMDN |
| 5. No. Telepon | : 082337112854 |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik |
| 7. Lokasi Usaha | : Mallekana, Desa/Kelurahan Tettikenrarae, Kec. Maroriwato, Kab. Soppeng, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 90862 |
| 8. 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: 14 Agustus 2024

a.n. Bupati Soppeng
Kepala DPMPTSP Kabupaten Soppeng,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 14 Agustus 2024

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 : 25072400645030001

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">- Administrasi.- Lokasi.- Bangunan.- Sarana, prasana dan peralatan.- SDM. <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none">- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Soppeng	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

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

Status Permohonan	: Perubahan
Nama Apotek	: Apotek Al-Khair
Alamat Apotek	: Jl. Madrasah No. 177, Takalala
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	: Dahniar, S.Si.,Apt.
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	: 17/SIPA/DPMPTNT/IV/2024
Masa Berlaku SIPA	: 19 Juni 2029
Masa Berlaku	: 19 Juni 2029 (Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA)

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

npwp.

KPP PRATAMA WATAMPONE

40.731.197.6-808.000

MUH FATHUL KHAIR

NPWP16 : 7312 0128 0898 0001



JALAN MADRASAH NO.177 RT. 004 RW. 001
TETTIKENRARA MARIOIWAWO
KAB. SOPPENG SULAWESI SELATAN

Tanggal Terdaftar 02/05/2023



djp



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Al-Khair

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Mallekama, Kel.Tettikenorarae Kec. Marioriwawo, Kab. Soppeng Provinsi Sulawesi Selatan

No NPWP (*) : 40.731.197.6-808.000

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

dan Toko Obat) : 25072600645030001

Masa berlaku : 19 Juni 2029

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) :

Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) :

Masa Berlaku

Sertifikat CDOB PBF (*) :

Masa Berlaku

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Dahniar, S.Si,Apt.	17/SPA/DPMPTNT/V /2024	19 Juni 2029	085256358935
2 Apoteker Pendamping 1	Ainiwati, A.Md.Farm.	31/SPTTK/DPMPTNT/ X/2022	04 Juli 2027	082396433330
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan AP (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	AP		APOTEK AL-KHAIR		APOTEK AL-KHAIR

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Sumarni S.Pt

Handphone : 081342055753 Telpo :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : .. Telpo : ..

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Sumarni S.Pt

Handphone : 081342055753 Telpo :

Specimen Bagian Pemasaran	Specimen Bagian Penerimaan Barang	Specimen Bagian Pembayaran (*)												
Tanda Tangan	Tanda Tangan	Stamp												
 Jl. Mulyowati No. 177 (Bab. Barat Pemerintah Daerah) Takalar - Sulawesi Telepon: 085288558446	 Kantor DPD RI No. 177 Jl. Mulyowati No. 177 (Bab. Barat Pemerintah Daerah) Takalar - Sulawesi Telepon: 085288558446	 Kantor DPD RI No. 177 Jl. Mulyowati No. 177 (Bab. Barat Pemerintah Daerah) Takalar - Sulawesi Telepon: 085288558446												
Nama : SUMARING	Nama :	Nama :												
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Diperiksa Oleh</th> <th>Diverifikasi Oleh</th> </tr> <tr> <th>Marketing</th> <th>Keuangan</th> <th>APJ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nama : Tgl : _____ _____ _____</td> <td>Nama : Tgl : _____ _____ _____</td> <td>Nama : Tgl : _____ _____ _____</td> </tr> </tbody> </table>			Diperiksa Oleh		Diverifikasi Oleh	Marketing	Keuangan	APJ				Nama : Tgl : _____ _____ _____	Nama : Tgl : _____ _____ _____	Nama : Tgl : _____ _____ _____
Diperiksa Oleh		Diverifikasi Oleh												
Marketing	Keuangan	APJ												
Nama : Tgl : _____ _____ _____	Nama : Tgl : _____ _____ _____	Nama : Tgl : _____ _____ _____												

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Moh fathul Khair

Tempat/Tgl Lahir : Lagoci, 28 Agustus 1998

Alamat : MALLERANA, Desa/Kelurahan Tettikenraae, Kec. Marioriwato, Kab. Soppeng, Sulawesi Selatan

Adalah sebagai **Pemilik** dari Apotek Al-Khair
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. Sampharindo Putra Trading
BCA (REK. 871.576.7778 / a/n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
BRI (REK. 3322-01-000295-30-0 / 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) ~~eff~~ dari setiap transaksi order, dengan cara menempelkan 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.

Soppeng, 12/Juni/2025

Menyetujui,


(Moh fathul Khair)

*Mohon dilengkapi FC KTP .Pemilik dan atau Yang Mewakili

