



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

Alamat : Jl. Soekarno Hatta, Kecamatan Malili, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan  
No. Telp. 0812 3457 7756 Website : [www.dpmptsp.luwutimur.go.id](http://www.dpmptsp.luwutimur.go.id)  
email : [dpmptsp@luwutimurkab.go.id](mailto:dpmptsp@luwutimurkab.go.id)

**SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN**

**Nomor : 500.16.7.2/237/SIK/DPMPTSP-LT/V/2025**

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 80 Tahun 2023 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha di Daerah 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. Mahira Miftahunnisa, S.Si.**  
Tempat / Tgl. Lahir : **Lamasi, 10 Desember 2001**  
Alamat Rumah : **Jl. Sawerigading, Puncak Indah, Malili**  
Nomor STR : **JX00001582077018**  
Nomor Rekomendasi : **400.7.20.1/037-REK/DINKES/2025, Tanggal 14 Mei 2025**  
Jenis Tenaga Kesehatan : **Apoteker (SIPA) yang Kesatu**  
Untuk Praktek/Kerja : **Pada Sarana Swasta**  
Waktu Praktek : **- Hari : Senin - Sabtu**  
**- Jam : 15.00 - 22.00 Wita**  
Berlaku sampai dengan : **14 Mei 2030**  
Sebagai : **Apoteker Penanggung Jawab**  
No. Hp : **081244654880**

Untuk melaksanakan praktek/kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Wizard, Jl. Dr. Sam Ratulangi, Puncak Indah, Malili**. 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 : **16 Mei 2025**  
An. **Bupati Luwu Timur**  
**Plt. Kepala DPMPTSP**



**ABDUL WAHID RAHIM SANGKA,SP,M.Si**

Pangkat : **Pembina Utama Muda (IV.c)**

NIP. 19690126 199803 1 004

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur.



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 08042200388140004**

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 WIZARD MEDICAL CENTRE  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 0804220038814   |
| 3. Alamat Kantor   | : BTN WIJA VIRGO BLOK F , Desa/Kelurahan Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92936 |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : 081242144660  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 7. Lokasi Usaha  | : Jl. DR. Sam Ratulangi, Desa/Kelurahan Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92981  |
| 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: 20 Maret 2024

Perubahan ke-2, Tanggal: 6 Agustus 2025

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



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 7 Agustus 2025

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 : 08042200388140004**

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.</li><li>- Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi.</li><li>- 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 08042200388140004**

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

Status Permohonan	:	Perpanjangan
Nama Apotek	:	<b>APOTEK WIZARD</b>
Alamat Apotek	:	Jl. Dr. Sam Ratulangi, Desa Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Prov. Sulawesi Selatan.
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Mahira Miftahunnisa, S.Si
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/237/SIK/DPMPTSP-LT/V/2025
Masa Berlaku SIPA	:	14-05-2030
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 BSR-E-BSSN.
4. Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7324045012010002

Nama : MAHIRA MIFTAHUNNISA  
Tempat/Tgl Lahir : LAMASI, 10-12-2001  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : O  
Alamat : JL. SAWERIGADING  
RT/RW : 001/000  
Kel/Desa : PUNCAK INDAH  
Kecamatan : MALILI  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR

18-04-2019

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized, overlapping letters that appear to be 'M' and 'D'.





KPP PRATAMA PALOPO

**63.918.521.4-803.000**

**PT. WIZARD MEDICAL CENTRE**

**NPWP16 : 0639 1852 1480 3000**



**BTN WIJA VIRGO BLOK. F RT. 001  
PUNCAK INDAH MALILI  
KAB. LUWU TIMUR SULAWESI SELATAN  
Tanggal Terdaftar 30/03/2022**





PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7324047007840001

Nama : IRAWATI  
Tempat/Tgl Lahir : KAREBBE, 30-07-1984  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : A  
Alamat : BTN WIJA VIRGO BLOK F  
RT/RW : 001/000  
Kel/Desa : PUNCAK INDAH  
Kecamatan : MALILI  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: KAWIN  
Pekerjaan : PERAWAT  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR  
13-08-2021

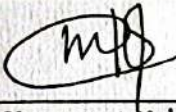

*Fan*



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

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK WIZARD  
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. dr. Sam Ratulangi, Desa Puncak Indah,  
Kec. Malili, Kab. Luwu Timur.  
 No NPWP (\*) : 63.918.521.4 - 803.000  
 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 .....

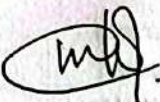

APJ / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	apt. Mahira M.S.S.	500.16.7.2/237/SIK/DMPSP-17/V/2025	14-05-2025	081 244 654 880
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
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(*)
					
Nama : apt. Mahira M.	Nama : apt. Mahira M.	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

**Data Relasi (Operasional)**

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : Apt. Mahira Miftahunnisa, S.Si.  
 Handphone : 081 244 654 880 Telpon : .....  
 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....  
 Handphone : ..... Telpon : .....  
 Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Ms. Irawati, S. Kep.  
 Handphone : 081 242 144 660 Telpon : .....



Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama Npt. Mahra	Nama :	Nama :	Nama :	Nama : Ns. Irawati	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 : Ns. Irawati, S. Kep  
Tempat/Tgl lahir : Karebbe / 30 Juli 1984  
Alamat : BTN Wija Virgo Blok F

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari Apotek Wizard  
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 ucapkan terima kasih.

Makin.....07, ...../..08./.....2024

Menyetujui,

  
(Ns. Irawati, S. Kep)

**\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili**