



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makassar 90171

Website: dpmptsp.makassarkota.go.id



**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**

Nomor: 503/32596/SIP.A/DPM-PTSP/7/2025

Berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaran Perizinan Berusaha Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan, maka yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar memberikan Surat Izin Praktik (SIP), Kepada:

**apt MUSDIKA INDRAYANI MUSTAMU, S.Farm**

Jenis Praktek : Surat Izin Praktik (SIP)  
Tempat, tanggal lahir : Ujung Pandang, 13-10-1984  
Alamat : Jl. Toddopuli 3 Setapak 3 No. 20, Makassar  
Tempat Praktik yang ke-2 : Apotek Nala Farma  
Kelurahan : Tamangapa  
Kecamatan : Manggala  
Jalan : Jl. Tamangapa Raya No. 146, Makassar  
Jadwal Praktek : Senin - Jumat, Pukul: 08:00 - 14.00 WITA  
No. STR : 19841013/STRA-UNHAS/2010/22962  
Masa berlaku SIP : 18 Juli 2025 - 13 Oktober 2026  
No. Rekomendasi Dinkes : 440/21818/Rek.A/DKK/VII/2025  
Untuk Praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab



**Ditetapkan di Makassar**

**Pada tanggal: 18 Juli 2025**



Ditandatangani secara elektronik oleh  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
KOTA MAKASSAR**



**H. MUHAMMAD MARIO SAID, S.I.P., M.Si.**

**Tembusan :**

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Pertinggal,-

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik.



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

**IZIN : 16062501008060004**

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                                     | : CV ALMASYURA CIPTA PERSADA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 1606250100806   |
| 3. Alamat Kantor   | : PERUMAHAN KUPA PARK CITY , Desa/Kelurahan Moncongloe Bulu, Kec. Moncong Loe, Kab. Maros, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90562 |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : 085255775422  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 7. Lokasi Usaha  | : JALAN TAMANGAPA RAYA NO.146, Desa/Kelurahan Bangkala, Kec. Manggala, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90235      |
| 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: 30 Oktober 2025

**a.n. Wali Kota Makassar  
Kepala DPMPTSP Kota Makassar,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 31 Oktober 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. 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.





## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO LAMPIRAN IZIN : 16062501008060004

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 Kota Makassar	Selama Pelaku Usaha menjalankan kegiatan usaha

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. 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**  
**IZIN 16062501008060004**

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

Status Permohonan	:	Permohonan Baru
Nama Apotek	:	Apotek NALA FARMA
Alamat Apotek	:	Jl. Tamangapa Raya No.146 Makassar
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Musdika Indrayani Mustamu., S.Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	503/32596/SIP.A/DPM-PTSP/7/2025
Masa Berlaku SIPA	:	18 Juli 2025 – 13 Oktober 2026
Nomor SSA	:	400.7.5.4/418/Dinkes/X/2025

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.



KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA MAROS

**1000 0000 0302 3211**

ALMASYURA CIPTA PERSADA



PERUMAHAN KUPA PARK CITY RT. 000 RW. 000,  
MONCONGLOE BULU, MONCONGLOE, KAB. MAROS,  
SULAWESI SELATAN



TANGGAL TERDAFTAR 16/06/2025



[www.pajak.go.id](http://www.pajak.go.id)

Pajak Kita Untuk Kita



Kartu ini harap disimpan baik-baik dan apabila hilang, agar segera melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdaftar.  
NPWP agar dicantumkan dalam hal berhubungan dengan dokumen perpajakan  
Dalam hal Wajib Pajak pindah domisili, supaya melaporkan diri ke Kantor Pelayanan Pajak lama atau Kantor Pelayanan Pajak baru.  
Seluruh layanan perpajakan tidak dipungut biaya

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KOTA MAKASSAR

NIK : 7371122310930007

Nama : YUSCHAI DIR SETIAWAN  
Tempat/Tgl Lahir : UJUNG PANDANG, 23-10-1993  
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah :-  
Alamat : BTN RANGGONG BLK C / 7  
RT/RW : 001/004  
Kel/Desa : BANGKALA  
Kecamatan : MANGCALA  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



KOTA MAKASSAR

14-12-2017



## FORM SPESIMEN RELASI

### DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek Nala Farma

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Tamangapa Raya No - 146

No NPWP (\*) : 1000 0000 0302 3211

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 (*)				
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 :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

### Data Relasi (Operasional)

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

Handphone : ..... Telpon : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....

Handphone : ..... Telpon : .....

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

Handphone : ..... 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 Dieh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	API
Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Nama : Tgl :

Keterangan:

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

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Tempat/Tgl lahir :  
Alamat :

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 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.

...../...../.....

Menyetujui,

(.....)

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

## **SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Tempat/Tgl lahir :  
Alamat :

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 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