



**PEMERINTAH KABUPATEN MAMUJU**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Ahmad Yani No. - Mamuju Telp. (0426) 21098 Kode Pos 91511  
Web: <http://dpmpstsp.mamujukab.go.id> email: [dpmpstsp@mamujukab.go.id](mailto:dpmpstsp@mamujukab.go.id)

**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**  
**Nomor: 347/SIPA/I/2023/DPM-PTSP**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 889/MENKES/PER/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik, Dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, Peraturan Bupati Mamuju Nomor 12 Tahun 2019 Tentang Perubahan Kedua Peraturan Bupati Nomor 61 Tahun 2016 tentang Pendelegasian Sebagian Wewenang Bupati Mamuju Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Untuk Menanda Tangani Dokumen Perizinan dan Non Perizinan, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Mamuju Memberikan Surat Izin Praktik Apoteker Kepada :

**Apt. Gita Lestari, S.Farm**

Nik : 7605065311990001  
Tempat/Tanggal Lahir : Pelattoang,13 November 1999  
Alamat : Jl. Marthadinata  
Npwp : 423271683.813-000  
Nomor STRA : 282872122-99111301  
Untuk Bekerja Sebagai : Apoteker  
No. Rekomendasi : 441/56/SIPA/I/2023/DINKES  
Nama Tempat Sarana : Apotek Ibnu Sina  
Masa Berlaku SIP : 13 November 2027

Dengan Ketentuan Sebagai Berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan kefarmasian di sarana produksi/distribusi/penyaluran harus mematuhi ketentuan Cara Pembuatan Obat Yang Baik/Cara Distribusi Obat Yang Baik dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Surat Izin ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan ayat 1 di atas dan pekerjaan kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercabtum dalam surat izin.

Dikeluarkan di : Mamuju  
Pada Tanggal : 24 Januari 2023

**A.n BUPATI MAMUJU**  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL**  
**DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**



**HJ. HASNAWATY SYAM, S.E., M.Si**

Pangkat : PEMBINA Tk. I, IV/B

Nip : 19680928 200604 2 002

**Tembusan :**

1. Direktur Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan di Jakarta.
2. Bupati Mamuju di Mamuju.
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat di Mamuju.
4. Ketua Komite Farmasi Nasional di Jakarta.
- 5.. Ketua Ikatan Apoteker Indonesia Cabang Mamuju di Mamuju.
6. Arsip

PROVINSI SULAWESI BARAT  
KABUPATEN MAMUJU

NIK : 7605065311990001

Nama : GITA LESTARI  
Tempat/Tgl Lahir : PELATTOANG, 13-11-1999  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : -  
Alamat : JL. MARTADINATA  
RT/RW : 000/000  
Kel/Desa : SIMBORO  
Kecamatan : SIMBORO DAN KEPULAUAN  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



MAMUJU  
01-12-2022



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
IZIN : 09122200795160003**

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan IZIN APOTEK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : MUH. FURQAN   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 0912220079516   |
| 3. Alamat Kantor   | : JL. MARTHADINATA, Desa/Kelurahan Simboro, Kec. Simboro dan Kepulauan, Kab. Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat                  |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 5. Lokasi Usaha  | : JL. MARTHADINATA, Desa/Kelurahan Simboro, Kec. Simboro dan Kepulauan, Kab. Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat, Kode Pos: 91515 |
| 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: 12 Februari 2023

**a.n. Bupati Mamuju  
Kepala DPMPSTP Kabupaten Mamuju,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 12 Februari 2023

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 : 09122200795160003**

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>- 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><li>- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.</li><li>- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Mamuju	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.





**PEMERINTAH KABUPATEN MAMUJU**  
**DINAS KESEHATAN**

Alamat : Jl. Pemuda No.02 Kode Pos 91511 Sulawesi Barat  
Tlp. (0426) 21119 Fax (0426) 21119 Mamuju

**REKOMENDASI**

**Nomor : 441/86/SIA/II/2023/DINKES**

Berdasarkan Berita Acara Hasil Peninjauan Lapangan Nomor :  
026/BAP/86/SIA/II/2023/DINKES terhadap permohonan :

Nomor Permohonan : **I-202212092029486505096**  
Nama Usaha : **Apotek Ibnu Sina**  
Nama Penanggung Jawab : **Muh. Furqan**  
Alamat : **Jl. Marthadinata Mamuju**  
No. Telpon/HP : **-**  
E-mail : **-**  
Jenis Izin : **Izin Apotek**  
Lokasi Izin : **Jl. Marthadinata Mamuju**

Berdasarkan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor :09 Tahun 2017 Tentang ketentuan dan tata cara pemberian Izin Apotek telah memenuhi syarat teknis untuk proses lebih lanjut penerbitan surat Izin Apotek.

Demikian Rekomendasi ini dibuat sebagai bahan pertimbangan penerbitan izin.

Mamuju, 08 Februari 2023



Mengetahui :  
Plt. Kepala Dinas

**dr. ACONG**

Nip : 196511052000121003

## SURAT PERNYATAAN

tanda tangan di bawah ini:

Nama : Apt- Gita Lestari, S. Farm  
Tempat/Tgl lahir : Pelatheaang, 13 November 1999  
Alamat : Jl. Martadimas, Simbara, Kab. Mamuju

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari Aptek (bnu Jira),  
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.

Mamuju, 16/07/2025

Menyetujui,

  
Apt. Gita Lestari, S. Farm

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



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek Ibnu Sina

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Marladinata, Kec. Sambas dan Karaman

No NPWP (\*) : 01.643.705.6-814.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 0.91.222.00.3.91.60003

dan Toko Obat) Masa berlaku 5 tahun

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 0.91.222.00.3.91.6 Masa Berlaku 5 tahun

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 (*)	apl. Gita Lestari S.Farm	343/SPA/1/2023/DM PTSP, 12 November 2023	(081 292 086 801)	
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Aprilia Ahmadi	159/P-SikITK/VII/2023/DM PTSP, 06/08/2023	(0822 9247 6782)	
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 : apl. Gita Lestari	Nama :	Nama :	Nama : Aprilia Ahmadi	Nama :	Nama :

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : apl. Gita Lestari, S.Farm

Handphone : 081 292 086 801 Telpon :


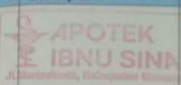

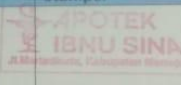
Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : apl. Gita Lestari, S.Farm

Handphone : 081 292 086 801 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Trinou, Yan

Handphone : 0821 8899 6069 Telpon :



Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
			
Nama : Gita Laila	Nama :	Nama : Gita Laila	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





KPP PRATAMA MAMUJU

**91.643.705.6-814.000**

**MUH. FURQAN**

NPWP16 : 7605 0619 0193 0001



JL PABABARI (LORONG SDK) LINGKUNGAN PEMBAHARUA  
KAREMA MAMUJU  
KAB. MAMUJU SULAWESI BARAT  
Tanggal Terdaftar 28/05/2019



## SURAT PERNYATAAN

tanda tangan di bawah ini:

Nama : Apt. Gita Lestari, S.Parm  
Tempat/Tgl lahir : Palatbang, 13 November 1999  
Alamat : Jl. Martadina, Simbara, Kab. Mamuju

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari Apt. Gita Lestari, S.Parm, 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.

Mamuju, 16/07/2025

Menyetujui,

  
Apt. Gita Lestari, S.Parm

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek Ibnu Sina

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Marladinata, Kec. Sambas dan Karaman

No NPWP (\*) : 01.643.705.6-814.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 0.91.222.00.3.91.60003

dan Toko Obat) Masa berlaku 5 tahun

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 0.91.222.00.3.91.6 Masa Berlaku 5 tahun

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 (*)	apl. Gita Lestari S.Farm	343/SPA/1/2023/OPM PTSP, 12 November 2023	(081 292 086 801)	
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Aprilia Phumai	159/P-SikITK/VII/2023/OPM PTSP, 06/08/2023	(0822 9247 6782)	
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 : apl. Gita Lestari	Nama :	Nama :	Nama : Aprilia Phumai	Nama :	Nama :

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : apl. Gita Lestari, S.Farm


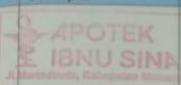

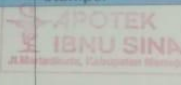
Handphone : 081 292 086 801 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : apl. Gita Lestari, S.Farm

Handphone : 081 292 086 801 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Trinou, Yan

Handphone : 0821 8899 6069 Telpon :

Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
			
Nama : Gita Laila	Nama :	Nama : Gita Laila	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





KPP PRATAMA MAMUJU

**91.643.705.6-814.000**

**MUH. FURQAN**

NPWP16 : 7605 0619 0193 0001



JL PABABARI (LORONG SDK) LINGKUNGAN PEMBAHARUA  
KAREMA MAMUJU  
KAB. MAMUJU SULAWESI BARAT  
Tanggal Terdaftar 28/05/2019

