





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 14032500483070001

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 | : | ULFAH MULYANI |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : | 1403250048307 |
| 3. Alamat Kantor | : | KAMP. TANGNGA, Desa/Kelurahan Matakali, Kec. Matakali, Kab. Polewali Mandar, 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 | : | (APOTEK FATIMAZZAHRA) Jl. Poros Bumiayu, Desa/Kelurahan Bumiayu, Kec. Wonomulyo, Kab. Polewali Mandar, Provinsi Sulawesi Barat,
Kode Pos: 91352 |
| 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 Mei 2025

a.n. Bupati Polewali Mandar
Kepala DPMPTSP Kabupaten Polewali Mandar,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 2 Mei 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 : 14032500483070001

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 Polewali Mandar	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 KABUPATEN POLEWALI MANDAR
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Manunggal Nomor 11 Pekkabata, Polewali, Kode Pos: 91315
Website: dpmptsp.polmankab.go.id Email: dpmptsp@polmankab.go.id

Persetujuan Penerbitan Perizinan Berusaha
Nomor : 500.16.7.2/07/P-OSS/APOTEK/DPMPTSP/IV/2025

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : I NENGAH TRI SUMADANA, AP.M.Si
NIP : 19760522 199412 1 001
Pangkat : Pembina Utama Muda
Jabatan : Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Bawa sesuai persyaratan yang telah ditetapkan, sudah memenuhi komitmen yang dipersyaratkan sesuai aturan yang berlaku.

Dasar persetujuan perizinan berusaha berdasarkan komitmen :

- Surat Rekomendasi Teknis Dinas Kesehatan Nomor : 007/SDM.KES/REK.APT/IV/2025.
Tanggal 29 April 2025.

Dengan ini menyetujui untuk diterbitkan :

Jenis Izin : SURAT IZIN APOTEK
Merek Usaha : APOTEK "FATIMAZZAHRA"
Nama Pemilik Sarana : Bd. SITTI FATIMAH, Str. Keb
Nama Apoteker : Apt. ULFAH MULYANI, S.Si
No. SIPA : 500.16.7.2/6/SIPA/DPMPTSP/II/2025
No. STRA : IE00001363765105
Masa Berlaku s/d : 26 Februari 2030
Nomor Induk Berusaha : 1403250048307
Alamat Usaha : Jl. Poros Bumi Ayu, Kecamatan Wonomulyo.

Persetujuan ini dibuat untuk melakukan verifikasi penerbitan pada webform melalui Online Single Submission (OSS)

Ditetapkan di Polewali Mandar
Pada Tanggal 30 April 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU



I Nengah Tri Sumadana, AP.M.Si

Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP : 19760522 199412 1 001

Tembusan :

- Lembaga OSS di Jakarta;
- Bupati Polewali Mandar (Sebagai Laporan);
- Kepala Dinas Kesehatan Kab. Polewali Mandar;
- Yang Bersangkutan di Tempat.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO LAMPIRAN IZIN APOTEK : 14032500483070001

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

Status Permohonan	:	Perpanjangan
Nama Apotek	:	Apotek "FATIMAZZAHRA"
Alamat Apotek	:	Jl. Poros Bumi Ayu Kec. Wonomulyo
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	Apt. Ulfah Mulyani S.Si
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/6/SIPA/DPMPTSP/II/2025
Masa Berlaku SIPA	:	26 Februari 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 BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



Balai
Sertifikasi
Elektronik

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.



Balai
Sertifikasi
Elektronik

FORM SPESIMEN RELASI
DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Pahwa Zahra

Alamat Relasi (sesuai Izin relasi) : Bumiayu . Icuc. Wonosariyo . Polahan

No NPWP (*) : 16.264.4701.5-813.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 520 : 16.7.2.1/07/P.053/Apo/ktk/Opertsp,
dan Toko Obat) Masa berlaku 26 Februari 2025

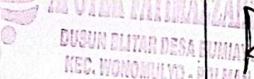
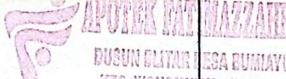
No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 14.0325004.8367. Masa Berlaku 26 Februari 2025

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 (*)	Ulfah Maulyah	500-16.7.2.1/6/SPK/26 Feb. 2030)		
2	Apoteker Pendamping 1		DPMPTSP / 11/2025		
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Nur Aulia	500-16.7.2.1/6/SPMK/26 Feb 2030)		
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2		1 DPMPTSP / 11/2025		
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
					
Nama : Ulfah Maulyah, Nama : APJ		Nama : Nur Aulia		Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) :

Handphone : Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :

Handphone : Telpon :

卷之三

卷之三

• 2015-16 学年第二学期期中考试卷 七年级 历史与社会 第一学月 考试时间：60 分钟

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Sitti Fatimah
Tempat/Tgl lahir : Samarinda 20 XIM 1985
Alamat : Samarinda

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari**Apolikc. Fathuzzahra**
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,


(Sitti Fatimah).

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili