



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 05052500250190001

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 NEW ANTANG RAYA FARMA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : | 0505250025019   |
| 3. Alamat Kantor   | : | Jl. Swasta, Desa/Kelurahan Padaelo, Kec. Mare, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92773 |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : | PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : | 082191539567  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : | 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik                              |
| 7. Lokasi Usaha  | : | Jl. Swasta, Desa/Kelurahan Padaelo, Kec. Mare, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92773 |
| 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: 2 Juli 2025

a.n. Bupati Bone  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 2 Juli 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 : 05052500250190001

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 Kabupaten Bone	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 BONE**  
**DINAS KESEHATAN**

JL. Jend. Ahmad Yani No.13 Telp 0481 – 21067 Watampone  
Telepon (0481)21067, laman <https://bone.go.id>, Pos-el: dinaskesehatan13@gmail.com

Watampone, 25 Juni 2025

Nomor surat : 400.7.20/ 2676 / VI /Dinkes

Lampiran :

Hal : Sertifikat Standar Apotek

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal dan pelayanan

Terpadu satu Pintu Kabupaten Bone

Di -

Tempat

Berdasarkan hasil penilaian kesesuaian terhadap Standar Usaha Apotek (terlampir), kami memberikan sertifikat Standar Apotek terhadap :

Nama Apotek : NEW ANTANG RAYA FARMA

Nama Apoteker Penanggung jawab : apt. MALVINA, S.Si

Nomor SIPA : NR73082505005704

Alamat Apotek : Jl. Swasta

Telepon : 081356621847

Desa/ Kelurahan : Padaelo

Kecamatan : Mare

Kabupaten/ Kota : Bone

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek



Pangkat : Pembina TK 1/IV b

Nip. 19710501 200212 1 005

**PARAF HIERARKI**

SEKRETARIS	
KEPALA BIDANG	
KASURAG	
JARATAN FUNGSIONAL	H
DISKRIMINA	

**BERITA ACARA**  
**PENILAIAN KESESUAIAN STANDAR APOTEK**  
**Nomor: 400.7.20/ 2525 / VI /DINKES**

Pada hari ini Selasa tanggal tujuh belas bulan enam tahun Dua Ribu Dua Puluh lima berdasarkan surat tugas nomor : 400.7.20/ 3718 / VI / 2025, tanggal 17 Juni 2025 kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Hasniah, S.Si, Apt  
NIP : 19730621 200502 2 001  
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a  
Jabatan : Apoteker Muda
  
2. Nama : A. Tambaru  
NIP : 19710106 199203 1 004  
Pangkat/Golongan : Pengatur TK I/ II d  
Jabatan : Pengadministrasi Umum
  
3. Nama : Hapidah, S.Si.,Apt  
NIP : -  
Pangkat/Golongan : -  
Jabatan : Staf Kefarmasian

Dengan ini menyatakan sebagai berikut :

- I. Telah melakukan penilaian kesesuaian dalam rangka verifikasi pemenuhan persyaratan Apotek dengan cara pengecekan administrasi dan pengecekan lapangan terhadap :

Nama Apotek : NEW ANTANG RAYA FARMA  
Alamat lengkap Apotek : Jl. Swasta  
Kecamatan Mare

- II. Berdasarkan hasil pengecekan administrasi, dinilai dari sisi dokumen bahwa Apotek Telah / belum memenuhi persyaratan.

- III. Berdasarkan hasil pengecekan lapangan ke Apotek dilakukan verifikasi sebagai berikut :

## Hasil Pengecekan lapangan ke Apotek

No	Perincian	Persyaratan	Hasil Verifikasi	Penilaian	
				TMS	MS
I.	Lokasi	1. Apotek dapat didirikan pada lokasi yang sama dengan kegiatan pelayanan dan komoditi lainnya diluar sedlaan farmasi (misalnya di pusat perbelanjaan, apartemen, perumahan). Apotek tidak berada di dalam lingkungan Rumah Sakit.			✓
		2. Memenuhi Persyaratan kesehatan lingkungan dan rencana tata ruang wilayah kabupaten/kota setempat.			✓
		3. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengatur persebaran Apotek di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan dan akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kefarmasian, serta memperhatikan rasio antara persebaran jumlah apotek dibanding dengan jumlah penduduk.			✓
II.	Bangunan	1. Permanen			

	2.	Memperhatikan fungsi:			
	a.	keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan			✓
	b.	perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang disabilitas, anak- anak, dan lanjut usia			✓
	c.	keamanan dan mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan BMHP.			✓
	3	Bangunan, sarana dan prasaranan Apotek harus dalam kondisi terpelihara dan berfungsi dengan baik.			✓

### III. Sarana/ Prasarana

#### Prasarana

1	Sumber air bersih dan sanitasi	-	Sumber air bersih tersedia	P D A M	✓
		-	Tersedia tempat sampah yang memenuhi persyaratan		

2	Instalasi listrik	Sistem kelistrikan dan penempatannya harus mudah dioperasikan, diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu lingkungan, bagian bangunan dan instalasi lain. Jika Apotek menyediakan vaksin, maka Apotek harus memastikan suplai listrik tidak terputus untuk fasilitas pendingin.	PLN / GENERATOR		✓
3	Instalasi sirkulasi udara	Ventilasi ruang pada bangunan Apotek, dapat berupa ventilasi alami dan/atau ventilasi mekanis. Setiap ruang diupayakan proses udara di dalam ruang bergerak dan terjadi pertukaran antara udara di dalam ruang dengan udara dari luar.			✓
4	Penerangan	Penerangan cukup untuk menjamin kegiatan pelayanan			✓
5	Pencegahan dan penanggulangan kebakaran	Alat Pemadam Api Ringan (APAR).			✓
6	Sistem Komunikasi	Alat komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya.			✓
7	Papan nama Apotek	Memuat informasi paling sedikit berupa nama Apotek, nomor Izin Apotek dan alamat Apotek.			✓
8	Papan nama praktik Apoteker	Memuat informasi paling sedikit berupa nama Apoteker, nomor Surat Izin Praktik Apotek (SIPA) dan jadwal praktik Apoteker.			✓

## Ruang Apotek

1	Ruang pendaftaran/ penerimaan Resep	Terdapat pada bagian paling depan dan mudah terlihat.			✓
2	Ruang pelayanan Resep dan peracikan	Sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek			✓
3	Ruang penyerahan dan pemberian informasi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan BMHP	Ruang penyerahan dapat digabungkan dengan ruang penerimaan resep selama dapat digunakan sesuai fungsi masing-masing.			✓
4	Ruang Konseling	Dapat menjamin privasi pasien dan komunikasi dua arah antara Apoteker dan pasien.			✓
5	Ruang penyimpanan Sediaan Farmasi, Alata Kesehatan, dan BMHP	Ruang penyimpanan harus memperhatikan kondisi sanitasi, temperatur, kelembaban, ventilasi, pemisahan untuk menjamin mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, BMHP, dan keamanan petugas.			✓
6	Ruang Penyimpanan dokumen administrasi dan data				✓

#### Peralatan Apotek

1	Peralatan pada ruang penerimaan Resep sekurang-kurangnya:				
	a. Meja dan Kursi	1 (satu) set			✓
2	Peralatan pada ruang pelayanan Resep dan peracikan sekurang-kurangnya:				
	a. Timbangan obat berupa timbangan analog atau timbangan digital yang sudah dikalibrasi dan dibuktikan dengan tanda bukti kalibrasi.				✓
	b. Meja peracikan	Ada sesuai kebutuhan			✓
	c. Wastafel	Ada sesuai kebutuhan			✓

d.	Referensi dan literatur peraturan perundang-undangan bidang kefarmasian baik berupa <i>hardcopy</i> maupun <i>softcopy</i>	Ada sesuai kebutuhan	Permenkes 73/2016 standar pelayanan Kefarmasian	✓
e.	Peralatan peracikan	Ada sesuai kebutuhan		✓
f.	Air untuk pengencer ( <i>purified water/aquades</i> )	Ada sesuai kebutuhan		-
g.	Sendok obat	Ada sesuai kebutuhan		✓
h.	Bahan pengemas dan pembungkus obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan		✓
i.	Termometer ruangan	Ada sesuai kebutuhan		✓
j.	Blanko Salinan resep	Ada sesuai kebutuhan		✓
k.	Etiket dan label obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan		✓
l.	Pendingin ruangan ( <i>air conditioner</i> )	Ada sesuai kebutuhan		-
3	Peralatan pada ruang konseling sekurang-kurangnya:			
a.	Meja dan Kursi	1 (satu) set		✓
b.	Buku Referensi	Ada sesuai kebutuhan	Formularium Nasional	✓
-	Buku standar		LSD Vol. I 2017	✓
-	Kumpulan peraturan perundang-undang terkait praktik kefarmasian		Permenkes no 9/. Tahun 2017 ttg Apotek.	✓
c.	Leaflet	Ada sesuai kebutuhan		-
d.	Poster	Ada sesuai kebutuhan		-
e.	Alat bantu konseling	Ada sesuai kebutuhan		
f.	Tempat untuk mendisplai informasi obat	Ada sesuai kebutuhan		✓
g.	Formulir dan Dokumen Pelayanan Kefarmasian	Ada sesuai kebutuhan		
-	Formulir Pelayanan Informasi Obat (PIO)	Ada sesuai kebutuhan		✓
-	Formulir Pelayanan konseling	Ada sesuai kebutuhan		✓

	-	Formulir catatan pengobatan pasien	Ada sesuai kebutuhan				✓
	-	Formulir monitoring Efek Samping Obat (MESO)	Ada sesuai kebutuhan				✓
	-	Formulir pelayanan kefarmasian di rumah (Home Pharmacy Care)	Ada sesuai kebutuhan				✓
4	Peralatan pada ruang penyimpanan sediaan farmasi sekurang-kurangnya:						
	a.	Lemari/rak untuk penyimpanan obat	Ada sesuai kebutuhan	Lemari: 4 Rak: 2			✓
	b.	Pallet	Ada sesuai kebutuhan				
	c.	Lemari pendingin	Ada sesuai kebutuhan				✓
	d.	Lemari untuk penyimpanan narkotika dan psikotropika	Ada sesuai peraturan yang berlaku				✓
	e.	Lemari penyimpanan obat khusus	Ada sesuai kebutuhan				✓
	f.	Pendingin ruangan (AC)	Ada sesuai kebutuhan				✓
	g.	Pengukur suhu dan kelembaban (termohigrometer)	Harus memenuhi persyaratan				✓
	h.	Pengukur suhu (termometer ruangan)	Harus memenuhi persyaratan				✓
	i.	Kartu monitoring suhu	Ada sesuai kebutuhan				
	j.	Tempat penyimpanan khusus	Ada sesuai kebutuhan				✓
5	Pada ruang penyimpanan dokumen administrasi dan data sekurang-kurangnya tersedia:						
	a.	Lemari buku	Ada sesuai kebutuhan				✓
	b.	Blanko pesanan obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan				✓
	c.	Blanko kartu stok obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan				✓
	d.	Blanko salinan resep	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan				✓
	e.	Blanko faktur dan blanko nota penjualan	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan				✓
	f.	Buku pencatatan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan				✓
	g.	Buku Pesanan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan				✓
	h.	Form laporan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan				✓

i.	Buku pencatatan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
j.	Buku pesanan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
k.	Form laporan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓

#### IV. Sumber Daya Manusia (SDM)

1.	Apotek Sekurang-kurangnya terdiri 1 (satu) orang apoteker	Apotek yang buka 24 (dua puluh empat) jam sekurang-kurangnya harus memiliki 2 (dua) orang apoteker)	..... Orang		✓
2	Apoteker penanggung jawab dapat dibantu Apoteker lain dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian, asisten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administrasi		..... Orang		✓
3	Jumlah Apoteker dan tenaga lain disesuaikan dengan jam operasional Apotek dan mempertimbangkan analisa beban kerja	- Data jam operasional Apotek - Data jam praktik Apoteker - Tersedia analisa beban kerja			✓
4	Semua tenaga kefarmasian memiliki surat izin praktik	Dibuktikan dengan SIPA/SIPTTK			✓
5	Semua tenaga kefarmasian sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundangan.				✓

#### V. Penyelenggaraan (Untuk Permohonan Perpanjangan Izin, Perubahan lokasi, Perubahan alamat di lokasi yang sama, Perubahan Nama Apotek, dan/atau Perubahan Apoteker Penanggung Jawab Apotek)

1	Apotek tidak melakukan kegiatan distribusi obat	Hasil pemeriksaan			—
2	Apoteker tidak melayani dan menyerahkan obat dalam jumlah besar	Hasil pemeriksaan			—

3	Apoteker melakukan pengisian self assessment Pelayanan Kefarmasian di Apotek berdasarkan penyelenggaraan Apotek paling sedikit 1 (satu) kali setahun	Bukti hasil pengisian terakhir			-
4	Apotek memberikan laporan Pelayanan Kefarmasian setiap bulan	Bukti hasil pelaporan Pelayanan Kefarmasian terakhir			-
5	Apotek memberikan laporan pemasukan dan penyerahan/penggunaan narkotika dan psikotropika setiap bulan melalui aplikasi SIPNAP	Bukti hasil pelaporan SIPNAP			-

Keterangan:

TMS : Tidak Memenuhi Syarat

MS : Memenuhi Syarat

#### VI. Usulan Rekomendasi

Pilihan jawaban

Telah memenuhi persyaratan sebagai Apotek

Belum memenuhi persyaratan sebagai Apotek, meliputi:

.....

Demikian Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Tim Penilai Kesesuaian Apotek,

1 Hasniah,S.Si,Apt

Nip.19730621 200502 2 001

*Hasniah*

2 Andi Tambaru

Nip. 19710106 1992 03 1 004

*Andi Tambaru*

3 Hapidah, S.Si.,Apt

*Hapidah*

Mengetahui,  
Plt. Kepala Dinas Kesehatan Kab.Bone



*dr. H. Yusuf, M.Kes*

Rangko : Pembina TK 1/IV b  
NIP. 19710501 200212 1 005



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 0505250025019

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 Nomor Induk Berusaha (NIB) kepada:

1. Nama Pelaku Usaha	: PT NEW ANTANG RAYA FARMA
2. Alamat Kantor	: Jl. Swasta, Desa/Kelurahan Padaelo, Kec. Mare, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92773
No. Telepon	: 082191539567
Email	: antangrayaapotek@gmail.com
3. Status Penanaman Modal	: PMDN
4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI)	: Lihat Lampiran
5. Skala Usaha	: Usaha Mikro

NIB ini berlaku di seluruh wilayah Republik Indonesia selama menjalankan kegiatan usaha dan berlaku sebagai hak akses kepabeanan, pendaftaran kepesertaan jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan, serta bukti pemenuhan laporan pertama Wajib Lapor Ketenagakerjaan di Perusahaan (WLKP).

Pelaku Usaha dengan NIB tersebut di atas dapat melaksanakan kegiatan berusaha sebagaimana terlampir dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan di Jakarta, tanggal: 5 Mei 2025

Menteri Investasi dan Hilirisasi/  
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 5 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. 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  
NOMOR INDUK BERUSAHA: 0505250025019

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha untuk:

No.	Kode KBLI	Judul KBLI	Lokasi Usaha	Tingkat Risiko	Perizinan Berusaha		
					Jenis	Status	Keterangan
1	47721	Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik	Jl. Swasta, Desa/Kelurahan Padaelo, Kec. Mare, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 92773	Tinggi	NIB Izin	Terbit - Belum Terbit - Lakukan pemenuhan persyaratan melalui oss.go.id	- Lakukan pemenuhan persyaratan izin melalui oss.go.id paling lambat 90 (sembilan puluh) hari kerja sebelum waktu perkiraan mulai beroperasi/berproduksi

1. Dengan ketentuan bahwa NIB 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 NIB 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 BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



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.





KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA WATAMPONE

**1000 0000 0187 6874**

NEW ANTANG RAYA FARMA



JL. SWASTA RT. 002 RW. 002, PADAELO, MARE, KAB. BONE,  
SULAWESI SELATAN



djp

TANGGAL TERDAFTAR 05/05/2025

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

Pajak Kita Untuk Kita

**npwp.**



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



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

Jl. Petta Ponggawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056  
Website : <https://dpmpfsp.bone.go.id> - Email : [dpmpfspbone@gmail.com](mailto:dpmpfspbone@gmail.com)

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**  
**Nomor: NR73082505005704**

- Dasar:**
- a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
  - b. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
  - c. Peraturan Bupati Bone Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : MALVINA  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Loci, 27 Juli 2000  
**Alamat Rumah** : Loci, Desa/Kel. Mattampa Walie, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker  
**Alamat Praktik** : Apotek New Antang Raya Farma, jl. Swasta Desa/Kel. Padaelo, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : UA00001239064508

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 12 Mei 2030



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone  
Pada Tanggal : 14 Mei 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN BONE



**Drs. ANDI AMRAN, M. Si.**  
Pembina Utama Muda, IV/c  
NIP. 196811221989081001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone.
2. Arsip.



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

Jl. Petta Ponggawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056  
Website : <https://dpmpfsp.bone.go.id> - Email : [dpmpfspbone@gmail.com](mailto:dpmpfspbone@gmail.com)

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**  
**Nomor: NR73082505005724**

- Dasar:**
- a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
  - b. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
  - c. Peraturan Bupati Bone Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : Asmania Haris  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Mare, 05 Juni 1998  
**Alamat Rumah** : Jl. Pao, Desa/Kel. Tellu Boccoe, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Tenaga Vokasi Farmasi  
**Alamat Praktik** : Apotek New Antang Raya Farma, jl. Swasta Desa/Kel. Padaelo, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : NU00000298294411

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 18 Maret 2029



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone  
Pada Tanggal : 20 Mei 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN BONE



**Drs. ANDI AMRAN, M. Si.**  
Pembina Utama Muda, IV/c  
NIP. 196811221989081001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone.
2. Arsip.

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN BONE

NIK : 7308076707000001

Nama : MALVINA  
Tempat/Tgl Lahir : LOCI, 27-07-2000  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-  
Alamat : LOCI  
RT/RW : 000/000  
Kel/Desa : MATTAMPA WALIE  
Kecamatan : MARE  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BONE  
11-04-2018

### FORM SPESIMEN RELASI

#### DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek New Antang Raya Farma.....  
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Sutan, Kelurahan Paduelo, Kec. Mare, Kab. Bone.....  
 No NPWP (\*) : 1000 0000 0187 6874.....  
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 05052500250190001.....  
 dan Toko Obat) Masa berlaku 12 Mei 2030.....  
 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 (*)	Malvina	NR73082818005704	12 Mei 2030	081356621897
2	Apoteker Pendamping 1	-			
3	Apoteker Pendamping 2	-			
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Aminia Haris	NR73082500572A	18 Maret 2029	087844244914
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2	-			
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3	-			

#### Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Malvina	APOTEK Antang Raya Farma Mare - Bone	AA	APOTEK Antang Raya Farma Mare - Bone		APOTEK Antang Raya Farma Mare - Bone
Nama : Malvina	Nama : Malvina	Nama : Aminia Haris	Nama : Aminia Haris	Nama :	Nama :

#### Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : Malvina.....  
 Handphone : 081356621897..... Telpon : .....  
 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Malvina.....  
 Handphone : 081356621897..... Telpon : .....  
 Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Arianie Spd.....  
 Handphone : 085256898357..... Telpon : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Muf	APOTEK Antang Raya Farm. Mare - Bon	Muf	APOTEK Antang Raya Farm. Mare - Bon	Gul	APOT Antang Ray: Mare - Bon
Nama : Malvina	Nama : Mare	Nama : Malvina	Nama : Mare	Nama :	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 : Malvina  
Tempat/Tgl lahir : Loci, 27 Juli 2000  
Alamat : Loci, Desa Mataram Watie Kec. Mare Kab. Bone

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **Apothe New Antang Paya Tuima** 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.

Senin, 11/08/2025

Menyetujui,

  
(Malvina)

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili