



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK HARRAPAN HIDUP

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Trans Sulawesi, Ds. Beringin Jaya Tomoni

No NPWP (\*) : 7221085005920001

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: OIA / SPPR - KEC / DPMTRP / VIII / 2021  
dan Toko Obat) Masa berlaku .....

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : OZP.1000910699 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 (*)	SUHARTINI	OCC/1436/DPMTRP/2021	10 - 09 - 2026	
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(*)
	APOTEK HARRAPAN HIDUP				

Nama : Suhartini

Nama : Suhartini

## Data Relasi (Operasional)

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

Handphone : 085 396 483 920 Telpo : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....

Handphone : ..... Telpo : .....

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

Handphone : ..... Telpo : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)																					
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel																				
Nama : Subharti	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Diperiksa Oleh</th> <th colspan="2">Divertifikasi Oleh</th> </tr> <tr> <th>Marketing</th> <th>Keuangan</th> <th colspan="2">APJ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nama :</td> <td>Nama :</td> <td colspan="2">Nama :</td> </tr> <tr> <td>Tgl :</td> <td>Tgl :</td> <td colspan="2">Tgl :</td> </tr> </tbody> </table>						Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh		Marketing	Keuangan	APJ						Nama :	Nama :	Nama :		Tgl :	Tgl :	Tgl :	
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 : Suhartini  
Tempat/Tgl lahir : Baegon dg, 19 / 09 / 1992  
Alamat : Ds. Benjeng Jaya, Kec. Tomoni Kab. Luwu  
Adalah sebagai ~~Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili~~ dari ~~Apotek Hayati Hidup.~~  
menyatakan bersedia dan berkomitmen untuk memenuhi persyaratan kerja sama  
dengan PT. SAMPHARINDO PUTRA TRADING CABANG MAKASSAR, dengan rincian  
persyaratan sebagai berikut:

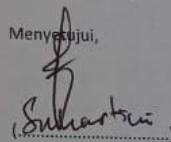
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "transfer" ke rekening resmi  
PT. Samphrindo Putra Trading  
BCA ( REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)  
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami 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.

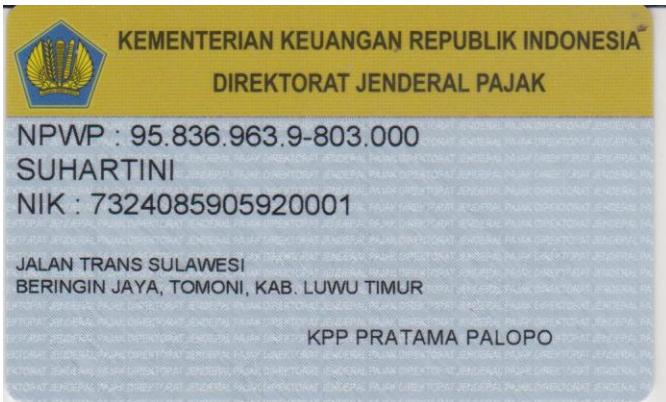
....., .... / .... / .....

Menyatakan,



(Suhartini)

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili





PEMERINTAH KABUPATEN LUWU TIMUR  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
JL. SOEKARNO HATTA HP. 08 12345 777 56  
email : kppt@luwutimurkab.go.id - website dpmpfsp.luwutimurkab.go.id  
M A L I L I , 92981

### SURAT IZIN SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN

Nomor: 014/SRPR-KES/DPMPTSP/VIII/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur 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 Apotek:

Nama Sarana	: Apotek Harapan Hidup
Alamat	: Jl. Trans Sulawesi, Desa Beringin Jaya, Kec. Tomoni
Kabupaten	: Luwu Timur
Telepon	: 085396483920
Nomor Rekomendasi	: 440/062-REK/DINKES, Tanggal 24 Agustus 2021
Jenis Sarana Kesehatan	: Apotek

Kepada :

Nama Penanggung jawab	: apt.Suhartini, S.Farm
Tempat / Tgl. Lahir	: Bayondo/ 19 September 1992
Alamat	: Desa Beringin Jaya, Kec. Tomoni
Nomor STRA	: 19920919/STRA-ISTN/2016/244955
Masa Berlaku SIA	: 19 September 2026
Masa Berlaku SIPA	: 19 September 2026

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 : 24 Agustus 2021

Ap. Bupati Luwu Timur  
Kepala DPMPTSP



Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
(DPMPfsp)  
KABUPATEN LUWU TIMUR**



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU TIMUR  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
Jln. Soekarno - Hatta | Hp. 08 12345 777 56  
email : kppt@luwutimurkab.go.id - website dpmpfsp.luwutimurkab.go.id  
M A L I I , 92981

### SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 405/436/DPMPfsp/VIII/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur 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 praktik/kerja kepada :

Nama	: apt.Suhartini, S.Farm
Tempat / Tgl. Lahir	: Bayondo / 19 September 1992
Alamat Rumah	: Desa Beringin Jaya, Kec. Tomoni
Nomor STR	: 19920919/STRA-ISTN/2016/244955
Nomor Rekomendasi	: 440/063-REK/DINKES, Tanggal 24 Agustus 2021
Jenis Tenaga Kesehatan	: Apoteker (SIPA) yang Kesatu
Untuk Praktek/Kerja	: Pada Sarana Swasta
Berlaku sampai dengan	: 19 September 2026
No. Hp	: 085396483920

Untuk melaksanakan praktik/ Kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Harapan Hidup** Jl. Trans Sulawesi, Desa Beringin Jaya, Kec. Tomoni 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 ( <i>Herregistrasi</i> ) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.                          |



Ditetapkan di : Malili  
Pada Tanggal : 24 Agustus 2021

Bupati Luwu Timur  
Kepala DPMPfsp

Andi Habil Unru, SE  
Pangkat : Pembina Tk.I  
NIP : 19641231 198703 1 208

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

(DPMPfsp)

**KABUPATEN LUWU TIMUR**

**KABUPATEN LUWU TIMUR**