



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK DEWI MEDIKA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. MAJANG, KEL. MAJANG, KEC. TAHARU PLATAMAN BARAT  
KAB. BOGOR

No NPWP (\*) : 63.719.773.2 - 908.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 0109220050253001

dan Toko Obat) Masa berlaku 08 Maret 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 (*) | ANDI DEWI SINTA | NP25082502005956             | 18 FEBRUARI 2030 | 081236007109   |
| 2                               | Apoteker Pendamping 1         |                 |                              |                  |                |
| 3                               | Apoteker Pendamping 2         |                 |                              |                  |                |
| 4                               | Tenaga Teknis Kefarmasian 1   | WULAH SM RAHAYU | NP23082412000943             | 03 DESEMBER 2019 | 0813 4087 3091 |
| 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(*) |
|----------------------|-------------|-----------------|---------|--------------|-------------------|
|                      |             |                 |         |              |                   |

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : ANDI DEWI SINTA

Handphone : 085212319596 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : WULAH SM RAHAYU

Handphone : 081340873091 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : ANDI DEWI SINTA

Handphone : 085212319596 Telpon :

| Spesimen Bagian Pemasaran |   | Spesimen Bagian Penerimaan Barang |         | Spesimen Bagian Pembayaran(*) |   |
|---------------------------|---|-----------------------------------|---------|-------------------------------|---|
| Tanda Tangan              | Stampel   | Tanda Tangan                      | Stampel | Tanda Tangan                  | Stampel   |
|                           | <br>JL. MAJANG 08212149245 |                                   |         |                               | <br>JL. MAJANG 08212149245 |
| Nama : A. Dwi Heru        | Nama :  | Nama : William SM                 | Nama :  | Nama : A. Dwi Heru            | Nama :  |

| Diperiksa Oleh  |                 | Divertifikasi Oleh |
|-----------------|-----------------|--------------------|
| Marketing       | Keuangan        | APJ                |
|                 |                 |                    |
| Nama :<br>Tgl : | Nama :<br>Tgl : | Nama :<br>Tgl :    |

Keterangan:

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

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : AMIA DZUH SINTA  
Tempat/Tgl lahir : BOTOL / 11 FEBRUARI 1998  
Alamat : JL A. SAMBALOGO, KEL MASUMPU, KEC. TAHITI MATTOMO, KAB. BOMB

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.

WAKTU DAN TANGGAL, 20/10/2025

Menyetujui,

  
(.....)  
Amia Dzuh Sinta

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili





## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 01092200502530001

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                                     | : | ANDI DEWI SINTA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : | 0109220050253  |
| 3. Alamat Kantor   | : | JL. A. SAMBALOGE, Desa/Kelurahan Masumpu, Kec. Tanete Riattang, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan                 |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : | 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik   |
| 5. Lokasi Usaha  | : | Jl. Majang, Desa/Kelurahan Majang, Kec. Tanete Riattang Barat, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92734 |
| 6. Skala Usaha   | : | Usaha Mikro  |
| 7. Perubahan atas Izin                                   | : |  |
| - Nama Izin  | : | -  |
| - Nomor Izin dan Tanggal Terbit                          | : | -, Tanggal -   |

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: 18 Maret 2025

a.n. Bupati Bone  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 18 Maret 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 : 01092200502530001

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 terverifikasi | 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, 13 Maret 2025

Nomor surat : 400.7.20/ 1155 / III /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 : DEWI MEDIKA

Nama Apoteker Penanggung jawab : apt. ANDI DEWI SINTA, S.Farm

Nomor SIPA : NR73082502005956

Alamat Apotek : JL. Majang

Telepon : 085212349546

Desa/ Kelurahan : Majang

Kecamatan : Tanete Riatang Barat

Kabupaten/ Kota : Bone

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek

Mengetahui,

Pit. KEPALA DINAS KESEHATAN



|                    |  |
|--------------------|--|
| DATA DIRI          |  |
| NIK                |  |
| KELURAHAN          |  |
| JABATAN FUNGSIONAL |  |
| PERIODE            |  |

*[Handwritten signature]*

**BERITA ACARA**  
**PENILAIAN KESESUAIAN STANDAR APOTEK**  
**Nomor: 400.7.20/ 4II / I /DINKES**

Pada hari ini Kamis tanggal tiga puluh bulan satu tahun Dua Ribu Dua Puluh Lima berdasarkan surat tugas nomor : 400.7.20/ 548 / I / 2025, tanggal 30 Maret 2025 kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Nurlina,S.ST, M.Kes  
NIP : 19730606 199803 2 008  
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a  
Jabatan : Kepala Bidang Sumber Daya kesehatan
  
2. Nama : Hasniah, S.Si, Apt  
NIP : 19730621 200502 2 001  
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a  
Jabatan : Apoteker Muda
  
3. Nama : Amalia Vebriana, S.Farm  
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 : DEWI MEDIKA  
Alamat lengkap Apotek : JL. Majang  
Kecamatan Tanete Riattang Barat
- 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 sediaan 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,<br>kenyamanan dan<br>kemudahan dalam<br>pemberian<br>pelayanan  |  |  | ✓ |
|  | b. | perlindungan dan<br>keselamatan bagi<br>semua orang<br>termasuk<br>penyandang<br>disabilitas, anak-<br>anak, dan lanjut<br>usia |  |  | ✓ |
|  | c. | keamanan dan<br>mutu Sediaan<br>Farmasi, Alat<br>Kesehatan dan<br>BMHP.   |  |  | ✓ |
|  | 3  | Bangunan, sarana dan<br>prasarana Apotek harus<br>dalam kondisi<br>terpelihara dan<br>berfungsi dengan baik.                    |  |  | ✓ |

### III. Sarana/ Prasarana

#### Prasarana

|   |                                |   |  |  |  |   |
|---|--------------------------------|---|--|--|--|---|
| 1 | Sumber air bersih dan sanitasi | - | Sumber air bersih tersedia                             |  |  | ✓ |
|   |                                | - | Tersedia tempat sampah<br>yang memenuhi<br>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. |  |  | ✓ |
| 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, Alat 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         |  |  | ✓ |
|   | b. Komputer/laptop   | 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               | - Farmakope ED V<br>- ISO 2016<br>- mims<br>- Permenkes no. 9 thn 2017 | ✓ |
| 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               | Kipas angin  | ✓ |
| 3. | Peralatan pada ruang konseling sekurang-kurangnya:   |                                    |  |   |
| a. | Meja dan Kursi   | 1 (satu) set                       |  | ✓ |
| b. | Buku Referensi   | Ada sesuai kebutuhan               |  | ✓ |
|    | - Buku standar   |                                    |  | ✓ |
|    | - Kumpulan peraturan perundang-undang terkait praktik kefarmasian  |                                    |  | ✓ |
| 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 |  | ✓ |
| 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               | Kipas    |  | ✓ |
| 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) | ....!....<br>Orang |  | ✓ |
| 2  | Apoteker penanggung jawab dapat dibantu Apoteker lain dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian, asisten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administrasi  |   | ....!....<br>Orang |  | ✓ |
| 3  | Jumlah Apoteker dan tenaga lain disesuaikan dengan jam operasional Apotek dan mempertimbangkan analisa beban kerja   | - Data jam operasional Apotek<br>- 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 perundang-undangan. |   |                    |  |   |

**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 Nurlina,S.ST,M.Kes  
 Nip.19730616 199803 2 008

2 Hasniah,S.Si,Apt  
 Nip.19730621 200502 2 001

3 Amalia Vebriana,S.Farm



**npwp.**

KPP PRATAMA WATAMPONE

**63.719.773.2-808.000**

**ANDI DEWI SINTA**

**5208055102980001**



**JL. ANDI POTTO (DEPAN KANTOR KELURAHAN) RT. 0  
MACANRE LILIRILAU**

**KAB. SOPPENG SULAWESI SELATAN**

**15/03/2022**



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

Pajak Kita Untuk Kita

npwp.



KEMENTERIAN KEUANGAN  
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP dicantumkan dalam hal yang terkait dengan dokumen perpajakan  
Dalam hal wajib pajak pindah tempat tinggal atau tempat kedudukan,  
harap mengajukan permohonan pindah alamat.  
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

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**

**Nomor: NR73082502005956**

**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** : Andi Dewi Sinta

**Tempat/ Tanggal Lahir** : Bone, 11 Februari 1998

**Alamat Rumah** : JL. A. SAMBALOGE, Desa/Kel. Masumpu, Kec. Tanete Riattang, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker

**Alamat Praktik** : APOTEK DEWI MEDIKA, JL. MAJANG Desa/Kel. Majang, Kec. Tanete Riattang Barat, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

**Nomor STR** : NK00001497115862

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 18 Februari 2030



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone

Pada Tanggal : 18 Februari 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 REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 01092200502530001**

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                                     | : | ANDI DEWI SINTA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : | 0109220050253  |
| 3. Alamat Kantor   | : | JL. A. SAMBALOGE, Desa/Kelurahan Masumpu, Kec. Tanete Riattang, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan                 |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : | 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik   |
| 5. Lokasi Usaha  | : | Jl. Majang, Desa/Kelurahan Majang, Kec. Tanete Riattang Barat, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92734 |
| 6. Skala Usaha   | : | Usaha Mikro  |
| 7. Perubahan atas Izin                                   | : |  |
| - Nama Izin  | : | -  |
| - Nomor Izin dan Tanggal Terbit                          | : | -, Tanggal -   |

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: 18 Maret 2025

**a.n. Bupati Bone  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 18 Maret 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 : 01092200502530001

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 terverifikasi | 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.