



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 25012400933960001

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 ASSYFA UTAMA MEDIKA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2501240093396   |
| 3. Alamat Kantor   | : jalan Poros Makassar-Palopo, Desa/Kelurahan Bulete, Kec. Pitumpanua, Kab. Wajo, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90992      |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : 085299409442  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 7. Lokasi Usaha  | : PEKKAE, BULETE, PITUMPANUA, WAJO, Desa/Kelurahan Bulete, Kec. Pitumpanua, Kab. Wajo, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90992 |
| 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: 6 Februari 2024

a.n. Bupati Wajo  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Wajo,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 7 Februari 2024

- |   |
|---|
| 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 : 25012400933960001

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 Wajo	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 REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RESIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN APOTEK : 25012400933960001**

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

Status Permohonan	:	Baru
Nama Pelaku Usaha	:	PT. Assyfa Utama Medika
Nama Apotek	:	Apotek Assyfa Utama
Alamat Apotek	:	Pekkae Kelurahan Bulete Kecamatan Pitumpanua
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Rizki Yulianti R. S.Farm., M.Farm.
Nomor Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA)	:	00318/SIPA/DPMPTSP/2024
Masa Berlaku SIPA	:	15 Juli 2025
Masa Berlaku	:	15 Juli 2025

Data Teknis ini juga berlaku sebagai Sertifikat Standar Izin 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.

**npwp.**

KPP PRATAMA WATAMPONE

**99.723.185.7-808.000**

**PT. ASSYFA UTAMA MEDIKA**

**NPWP16 : 0997 2318 5780 8000**



**JALAN POROS MAKASSAR PALOPO RT. 000 RW. 000  
BULETE, PITUMPAWA  
KAB. WAJO SULAWESI SELATAN**

Tanggal Terdaftar 03/01/2024



[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 WAJO  
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
Jalan Jend. Ahmad Yani Nomor 33, Telp. / Fax. (0485) 323549, Sengkang (90914) Provinsi Sulawesi Selatan  
Website : dpmptsp.wajokab.go.id, Email : dpmptsp.wajokab@gmail.com

**SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN**  
**NOMOR : 00318/SIPA/DPMPTSP/2024**

Membaca : Permohonan Saudara **apt. RIZKI YULIANTI R. S. Farm, M. Farm** Tanggal 11 Desember 2023 Tentang Izin Tenaga Kesehatan

Mengingat : 1. Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan  
2. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 138 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Daerah  
3. 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  
4. Peraturan Bupati Wajo Nomor 6 Tahun 2022 Tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Wajo  
5. Peraturan Bupati Wajo Nomor 11 Tahun 2022 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan

Memperhatikan : Rekomendasi Tim Teknis No. **02843/ITK/TIM-TEKNIS/I/2024** Tanggal 10 Januari 2024 Tentang Penerbitan Izin Tenaga Kesehatan.

Menetapkan : Memberikan **IZIN PRAKTIK APOTEKER** Kedua  
Kepada :

Nama	: apt. RIZKI YULIANTI R. S. Farm, M. Farm
Tempat/Tanggal Lahir	: SORONG, 14 Juli 1993
Alamat	: PERUM. GRIYA TARUNA ZALSABILA B18, SIWA, PITUMPANUA
Nomor STRA	: 19930714/STRA-UP/2015/242120
STRA berlaku sampai	: 14 Juli 2025
Untuk Melakukan Praktik di :	
Nama Tempat Praktik	: APOTEK ASSYFA UTAMA
Alamat	: PEKKAE, KEL. BULETE, KEC. PITUMPANUA
Waktu Praktik	: Hari : SENIN-MINGGU Jam : 17.00-21.00
Masa Berlaku SIPA	: 14 Juli 2025

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.

Ditetapkan di : **Sengkang**  
Pada Tanggal : **11 Januari 2024**

Ditandatangani secara elektronik oleh  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU,**



**H. NARWIS, S.E., M.Si.**

Pangkat : PEMBINA UTAMA MUDA  
NIP : 19650715 199403 1 011

Tembusan Kepada Yth :  
1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Wajo, di Sengkang  
2. Organisasi Profesi Kab. Wajo  
3. Pertinggal

\$\_{per\\_foto}  
\_img

No. Reg : **00299/SIPA/DPMPTSP/2023**  
Retribusi : Rp.0.00



PTSPWJ SIKTTK 677671

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

Jalan Jend. Ahmad Yani Nomor 33, Telp. / Fax. (0485) 323549, Sengkang (90914) Provinsi Sulawesi Selatan  
Website : dpmptsp.wajokab.go.id, Email : dpmptsp.wajokab@gmail.com

**SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN**  
**NOMOR : 00100/IKTTK/DPMPTSP/2022**

- Membaca : Permohonan Saudara **RIKA YULIANTI, S,Farm** Tanggal **16 April 2022** Tentang Izin Tenaga Kesehatan
- Mengingat : 1. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan  
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 32 Tahun 1996 Tentang Tenaga Kesehatan  
3. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 889/MENKES/PER/V/2011 tentang Izin Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian  
4. Peraturan Daerah Kabupaten Wajo Nomor 12 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Perizinan dan Nonperizinan  
5. Peraturan Bupati Wajo Nomor 11 Tahun 2015 Tentang Pelimpahan Kewenangan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan Kepada Badan Pelayanan Perizinan Terpadu dan Penanaman Modal Kabupaten Wajo
- Memperhatikan : Rekomendasi Tim Teknis No. **01298/ITK/TIM-TEKNIS/VI/2022** Tanggal **24 Juni 2022** Tentang Penerbitan Izin Tenaga Kesehatan.
- Menetapkan : Memberikan **IZIN KERJA TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN**  
Kepada :
- |                            |   |   |
|----------------------------|---|---|
| Nama                       | : | <b>RIKA YULIANTI, S,Farm</b>                              |
| Tempat/Tanggal Lahir       | : | <b>KAMPUNG BARU, 4 Januari 1992</b>                       |
| Alamat                     | : | <b>KAMPUNG BARU KEL.BULETE KEC.PITUMPANUA</b>             |
| Nomor STRTTK               | : | <b>19920104/STRRTK-73/2016/2/6867</b>                     |
| STRTTK berlaku sampai      | : | <b>4 Januari 2027</b>                                     |
| Untuk Melakukan Praktik di | : |   |
| Nama Tempat Praktik        | : | <b>APOTEK ASSYIFA UTAMA</b>                               |
| Alamat                     | : | <b>JL.POROS MAKASSAR - PALOPO BULETE</b>                  |
| Waktu Praktik              | : | Hari : <b>SENIN - SABTU</b><br>Jam : <b>08.00 - 17.00</b> |
| Masa Berlaku SIKTTK        | : | <b>4 Januari 2027</b>                                     |

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIKTTK ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIKTTK.



Ditetapkan di : **Sengkang**  
Pada Tanggal : **24 Juni 2022**

S{per\_foto\_im  
g}

Ditandatangani secara elektronik oleh  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN**  
**PELAYANAN TERPADU SATU PINTU,**



**Drs. ANDI MANUSSA, S.Sos., M.Si.**  
Pangkat : PEMBINA UTAMA MUDA  
NIP : 19651128 199002 1 001

Tembusan Kepada Yth :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Wajo, di Sengkang
2. Organisasi Profesi Kab. Wajo
3. Pertinggal

No. Reg :  
**00056/IKTTK/DPMPTSP/2022**  
Retribusi : Rp.0.00



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek ASSYIFA Utama  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Rutele, Plikungan, Kec. Wajo.

No NPWP (\*) : 99.923.185.7-808.000

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

Masa berlaku .....

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 (*)				
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(*)
		Rike		TAMA	

Nama : opt. rizki yulianti

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*)

: opt. Rizki Yulianti Jr.

Handphone

: 0852-2222-6303.

Telp : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Rike Yulianti

Handphone

: 0852-5648-3623

Telp : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*)

Murniati

Handphone

: 0852-9940-9442

Telp : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)																
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel															
Nama : opt. mzk. yulial.	Nama : Rik.	Nama : YAMA	Nama : Rik.	Nama : YAMA	Nama :															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Diperiksa Oleh</th> <th>Divertifikasi Oleh</th> </tr> <tr> <th>Marketing</th> <th>Keuangan</th> <th>APJ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nama : opt. mzk. yulial.</td> <td>Nama : Rik.</td> <td>Nama : YAMA</td> </tr> <tr> <td>Tgl : 10/01/2018</td> <td>Tgl : 10/01/2018</td> <td>Tgl : 10/01/2018</td> </tr> </tbody> </table>						Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh	Marketing	Keuangan	APJ				Nama : opt. mzk. yulial.	Nama : Rik.	Nama : YAMA	Tgl : 10/01/2018	Tgl : 10/01/2018	Tgl : 10/01/2018
Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh																		
Marketing	Keuangan	APJ																		
Nama : opt. mzk. yulial.	Nama : Rik.	Nama : YAMA																		
Tgl : 10/01/2018	Tgl : 10/01/2018	Tgl : 10/01/2018																		

**Keterangan:**

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

## SURAT PERNYATAAN

Bertanda tangan di bawah ini:

Nama :  
Tempat/Tgl lahir :  
Alamat :

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.

...../.....  
Menyetujui,  
**Ayayita** UTAMA  
opt. Rizki Yulienh.

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

