

SRN CD0000189



PEMERINTAH KABUPATEN SOPPENG
DINAS PENANAMAN MODAL, PELAYANAN TERPADU SATU PINTU,
TENAGA KERJA DAN TRANSMIGRASI
JL. Salotungo No. 2 Tlp. 0484 - 23743 Watansoppeng 90812

**IZIN TENAGA KESEHATAN
SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA)**

NOMOR : 2/SIPA/DPMPTNT/II/2023

- Dasar : 1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Nomor 5063)
2. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.
3. Surat Permohonan apt. AKHYAR SUKARDI, S.Si
4. Rekomendasi No. 2/SIPA/REK-T.TEKNIS/DK/II/2023
- Tanggal 03-02-2023
Tanggal 07-02-2023

MEMBERIKAN IZIN PRAKTEK APOTEKER KEPADA :

apt. AKHYAR SUKARDI, S.Si

Tempat / Tanggal lahir : PAKKANREBETE SOPPENG , 18 APRIL 1995
Alamat : JL. KEMAKMURAN RUKO HUSADA PERMAI NO.11

Nomor STRA : 28 28 7 1 2 22-95041802
STRA berlaku sampai dengan : 18 APRIL 2028
Untuk Berpraktek sebagai : APOTEKER
Nama Tempat Praktek : APOTEK ABADI FARMA
Alamat Praktek : JL. KEMAKMURAN RUKO HUSADA PERMAI NO. 1

Waktu Praktek : Hari : SENIN - SABTU
Jam : 15.00 - 22.00
Masa Berlaku SIPA : 18 APRIL 2028

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- Penyelenggaraaan pekerjaan kefarmasian farmasi produksi/distribusi/pelayanan kefarmasian harus mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
- SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angak 1 (satu) diatas dan pekerjaan/Praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.
- Izin ini dapat dicabut kembali apabila yang bersangkutan tidak memenuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- Surat izin ini berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Dikeluarkan di : Watansoppeng
Pada Tanggal : 08 Februari 2023

An. BUPATI SOPPENG
KEPALA DINAS



ANDI DHAMRAH, S.Sos, M.M

Pangkat : PEMBINA UTAMA MUDA
NIP : 19700518 199803 1 007

Biaya : Rp. 0,00

- UU ITE No. 11 Tahun 2008 Pasal 5 Ayat 1
- Informasi Eletronik dan/atau Dokumen Eletronik dan/atau hasil cetaknya merupakan alat bukti hukum yang sah
- Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan Sertifikat Elektronik yang diterbitkan oleh BJIK BPPT
- Dokumen ini dapat dibuktikan keasliananya dengan terdaftar di database DPMPTSP-NAKERTRANS Kabupaten Soppeng (scan QRCode)





KPP PRATAMA WATAMPONE

91.143.308.4-808.000

AKHYAR SUKARDI

NPWP16 : 7312 0418 0495 0001



JL.KEMAKMURAN RUKO HUSADA PERMAI, 11,
LALABATA RILAU, LALABATA, KAB. Soppeng,
SULAWESI SELATAN, 90812

Tanggal Terdaftar 09/04/2019



djp

www.pajak.go.id

Pajak Kita Untuk Kita

npwp.



Kartu ini harus 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 REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
IZIN : 01092200222260001

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 | : | AKHYAR SUKARDI |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : | 0109220022226 |
| 3. Alamat Kantor | : | JL KEMAKMURAN RUKO HUSADA PERMAI NO.11, Desa/Kelurahan Lalabata Rilau, Kec. Lalabata, Kab. Soppeng, 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. Kemakmuran Ruko Husada Permai No. 1, Desa/Kelurahan Lalabata Rilau, Kec. Lalabata, Kab. Soppeng, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90812 |
| 6. Skala Usaha | : | Usaha Mikro |
| 7. Perpanjangan atas Izin: | : | |
| - Nama Izin | : | Apotek Abadi Farma |
| - Nomor Izin dan Tanggal Terbit | : | 01092200222260001; Tanggal 23 September 2022 |

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: 4 Mei 2023
Perubahan ke-1, Tanggal: 8 April 2023

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



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 4 Mei 2023

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 : 01092200222260001

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">- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.	Telah terverifikasi	Pemerintah Kabupaten Soppeng	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.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 APOTEK

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

Status Permohonan	: PERPANJANGAN
Nama Apotek	: ABADI FARMA
Alamat Apotek	: JI. KEMAKMURAN RUKO HUSADA PERMAI NO.1
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	: Apt.AKHYAR SUKARDI,S.Si
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	: 2/SIPA/DPMPTNT/II/2023
Masa Berlaku SIPA	: 18 APRIL 2028
Masa Berlaku	: 18 APRIL 2028 (Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA)

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.

FORM SPESIMEN RELASI
DATA RELASI (Legal Doc)
Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APOTEK ABADI FARMA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. KEMAKMURAN RUKO HUSADA PERMAI NO. 1

KEL. LALABATA PILAU, KEC. LALABATA, KAB. SOPPENG

No NPWP (*) : 91.143.308.4 - 808.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 01092200222260001

dan Toko Obat) Masa berlaku 18 - 04 - 2028

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 (*)	ap. Akhyar Sukardi	Z/SIPA/OPMPTNT/IT/2023	18-04-2028	082317447733
2	Apoteker Pendamping 1				
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Nining Fadilah Utami	NP23122504005178	17-04-2030	082321735039
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	 ABADI FARMA Jl. Kemakmur Ruko Husada Permai No. 1 Kec. Lalabata, Kab. Soppeng Sulawesi Selatan		 ABADI FARMA Jl. Kemakmur Ruko Husada Permai No. 1 Kec. Lalabata, Kab. Soppeng Sulawesi Selatan		 ABADI FARMA Jl. Kemakmur Ruko Husada Permai No. 1 Kec. Lalabata, Kab. Soppeng Sulawesi Selatan

Data Relasi (Operasional)
Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : AKHYAR SUKARDI

Handphone : 082 317 447 733 **TelpoN :**

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : AKHYAR SUKARDI

Handphone : 082 317 447 733 **TelpoN :**

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : AKHYAR SUKARDI

Handphone : 082 317 447 733 **TelpoN :**

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : <u>Ahyar Sulzad</u>	Nama :	Nama : <u>Ahyar Sulzad</u>	Nama : <u>Ahyar Sulzad</u>	Nama : <u>Ahyar Sulzad</u>	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh	
Marketing	Keuangan	APJ	
Nama : <u></u>	Nama : <u></u>	Nama : <u></u>	
Tgl : <u></u>	Tgl : <u></u>	Tgl : <u></u>	

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : AKHYAR SUKARDI
Tempat/Tgl lahir : PAKKANREBETE SOPPENE, 18 APRIL 1995
Alamat : JL. KEMAKMURAN Ruko MUSTADA PERMAI No. 11

Adalah sebagai *Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili* dari ...**APOTEK ABADI FARMA**
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.

SOPPENE 3111/2025



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

