

### FORM SPESIMEN RELASI

#### DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK BONE TIGA FARMA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. GATOT SUBROTO (DEPAN ASRAMA BONE TIGA FARMA)  
KELURAHAN BIRU, TANJUNGPINANG, KAB. BONE

No NPWP (\*) : 21.220.113.1-808.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 02082400543160001

dan Toko Obat) Masa berlaku 1 Oktober 2025

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 (*)	<u>Apt. Diana Hidayat, S. Farm</u>	<u>NR73082503010125</u>	<u>12 Juni 2029</u>	<u>085256713012</u>
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	<u>Nemilawati Manna</u>	<u>NR73082411005926</u>	<u>29 Mei 2028</u>	<u>085167682360</u>
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(*)
<u>Apt. Diana Hidayat, S. Farm</u>	<u>APOTEK BONE TIGA FARMA</u>	<u>Nemilawati Manna</u>			<u>APOTEK BONE TIGA FARMA</u>
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

#### Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : Nina Meina Marhani

Handphone : 082122444475 Telpon : .....

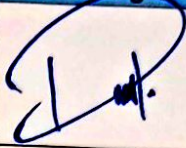
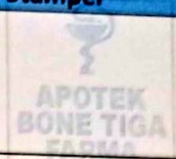
Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....

Handphone : ..... Telpon : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Nina Meina Marhani

Handphone : 082122444475 Telpon : .....



Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	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 : Ratnawati  
Tempat/Tgl lahir : Dare'e, 29 Juni 1994  
Alamat : Jl. Yas Sudarso kel. Cella kec. Tanete Riattang Timur kab. Bone

Adalah sebagai **Pemilik** (**Yang Tunjuk Mewakili**) dari **Apotek Bone Tiga 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 ucapkan terima kasih.

Watampone, 22 November 2025

Menyetujui,

  
(..... Ratnawati .....)

**\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili**





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

Jl. Petta Pongawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056

Website : <https://dpmpstsp.bone.go.id> - Email : [dpmpstspbone@gmail.com](mailto:dpmpstspbone@gmail.com)

**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**  
**Nomor: NR73082503010125**

- 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 Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : Diana Hijrah  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Luppereng, 04 Desember 1995  
**Alamat Rumah** : Berue, Desa/Kel. Kadai, Kec. Mare, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker  
**Alamat Praktik** : APOTEK BONE TIGA FARMA, JL. JEND. GATOT SUBROTO  
Desa/Kel. Biru, Kec. Tanete Riattang, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : TO00000520899243

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 12 Juni 2029



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone  
Pada Tanggal : 25 Maret 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN BONE

TTESINI

**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 : 02082400543160001**

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 PUTRA EMPAT INTAN  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 0208240054316   |
| 3. Alamat Kantor   | : Jl. Jend. Gatot Subroto, Desa/Kelurahan Biru, Kec. Tanete Riattang, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92714 |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : 08114116210   |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 7. Lokasi Usaha  | : Jl. Gatot Subroto, Desa/Kelurahan Biru, Kec. Tanete Riattang, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92714       |
| 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: 1 Oktober 2025

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



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 1 Oktober 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 BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



**Balai  
Sertifikasi  
Elektronik**



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN

IZIN : 02082400543160001

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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



Balai  
Sertifikasi  
Elektronik





**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](mailto:dinaskesehatan13@gmail.com)

Watampone, 12 September 2025

Nomor surat : 400.7.20/5336/ IX /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 : BONE TIGA FARMA  
Nama Apoteker Penanggung jawab : apt. DIANA HIJRAH, S.Farm  
Nomor SIPA : NR73082503010125  
Alamat Apotek : Jl. Jend. Gatot Subroto  
Telepon : 085256713012  
Desa/ Kelurahan : Biru  
Kecamatan : Tanete Riattang  
Kabupaten/ Kota : Bone

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek

Mengetahui,  
Pdt. KEPALA DINAS KESEHATAN



drg. H. YUSUF, M.Kes

Pangkat : Pembina TK 1/IV b

Nip. 19710501 200212 1 005

PARAF HIERARKI	
SEKRETARIS	
KEPALA BIDANG	
KASUBAG	
JABATAN FUNGSIONAL	
POLAKSANA	



PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN BONE

NIK : 7308214605850004

Nama : NINA MEINA MARHANI  
Tempat/Tgl Lahir : BONE, 06-05-1985  
Jenis Kelamin : PEREMPUAN Gol Darah : A  
Alamat : JL. BHAYANGKARA  
RT/RW : 001 / 002  
Kel/Desa : WATAMPONE  
Kecamatan : TANETE RIATTANG  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: Kawin  
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : 06-05-2019



BONE  
21-12-2013



PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN BONE

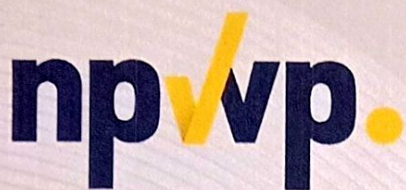
NIK : 7308074412950001

Nama : DIANA HURAH  
Tempat/Tgl Lahir : LUPPERENG, 04-12-1996  
Jenis Kelamin : PEREMPUAN Gol Darah  
Alamat : BERUE  
RT/RW : 002 / 002  
Kel/Desa : KADAI  
Kecamatan : MARE  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan : BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : 04-12-2018



BONE  
24-0 / 2013

*[Signature]*



KPP PRATAMA WATAMPONE

21.220.113.1-808.000

PT. PUTRA EMPAT INTAN

NPWP16 : 0212 2011 3180 8000



JL. JEND. GATOT SUBROTO  
BIRU, TANETE RIATTANG  
KAB. BONE SULAWESI SELATAN

02/08/2024

