

5888



PEMERINTAH KABUPATEN BARRU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Mal Pelayanan Publik Masiga, Lt 1-3 Jl. H. Andi Iskandar Unru Telp. (0427)-21662 Fax. (0427)-21410
http://izinonline.barrukab.go.id ; e-mail : barrudpmtspk@gmail.com Kode Pos 90711

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

NOMOR : 161 /SIPA/DPMTSP/VI/2024

- Dasar :**
1. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 31 Tahun 2016 tentang perubahan atas peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 889/Menkes/Per/VI/2011 tentang Registrasi, Izin Praktek dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.
 2. Peraturan Menteri Dalam Negeri RI Nomor 138 Tahun 2017 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Daerah.
 3. Peraturan Bupati Barru Nomor : 60 Tahun 2021 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan dan Non Perizinan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal, Pelayanan Terpadu Satu Pintu.
 4. Surat Permohonan : apt. Nur Qadria, S.Farm Tanggal 07 Mei 2024
 5. Rekomendasi Tim Tekhnis Dinas Kesehatan Kabupaten Barru Nomor : 400.7.22.2/169/Dinkes Tanggal 8 Mei 2024

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Memberikan Izin Praktik Kepada :

apt. Nur Qadria, S.Farm

SIPA Kedua

Tempat, Tanggal Lahir : Salodua, 26 Juli 1999
Alamat Rumah : P. Mallimpo Desa Tompo Kec. Barru Kab. Barru
No. STRA : RA00000114480785
Masa Berlaku STRA sampai : Seumur Hidup

Untuk melakukan Praktik di

Nama Tempat Praktik : Klinik Tiara Nusantara
Alamat : Jl. Jend. Sudirman Kel. Sumpang Binangae Kec. Barru Kab. Barru
Masa Berlaku SIPA sampai : 8 Mei 2029
Waktu Praktik : Hari : Jumat s.d Minggu Jam : 08.00 s.d 08.00 Wita

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan perkembangan 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.



Dikeluarkan di : Barru
Pada tanggal : 14 Mei 2024

Kepala Dinas,

ELANDI SYAHRI MAKKAWARU, S.STP, M.SI

Pangkat, Pembina Utama Muda, IV/c

NIP. 197708291996121001

Kepala Dinas Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Barru

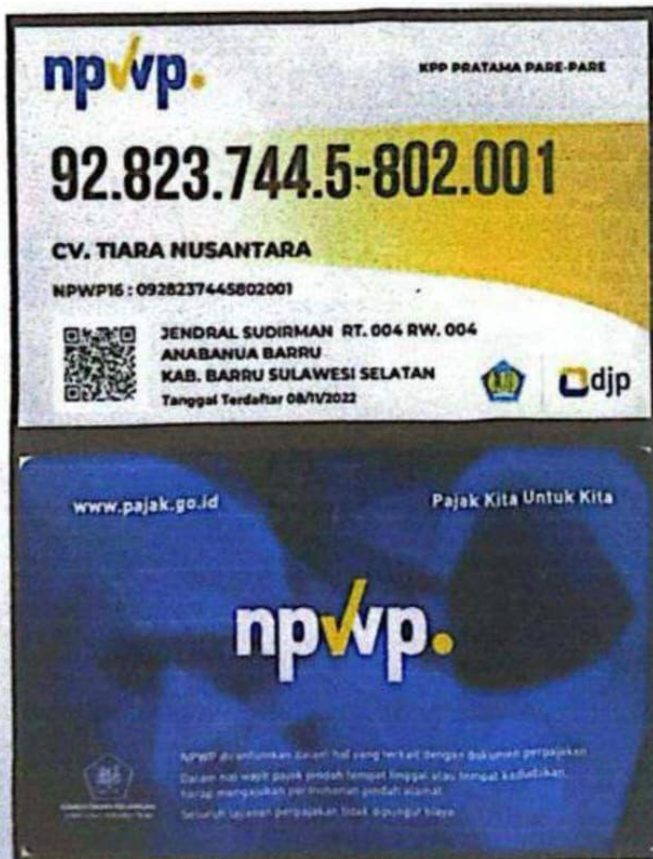
Biaya Retribusi : 0,-

CV. TIARA NUSANTARA

Jln. Cenedrawasih Nomor. 7 Remu - Kota Sorong - Papua Barat

KTP DAN NPWP PRIBADI PEMILIK KLINIK TIARA NUSANTARA

Nama : Ir. MS. IHSAN SYAHRUL





FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Klinik Tiara Nusantara

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Jend. Sudirman Sumring Binangae.

No NPWP (*) : 92.823.744.5-802-001

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 02490100100650002

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 (*)	apt Nurqadria S.Pom	15/11/2019/01/11/2019	3 Mei 2020	081244645834
2 Apoteker Pendamping 1	apt Nurqadria S.Pom	26/10/2019/01/11/2019	5 Desember 2019	082109400357
3 Apoteker Pendamping 2	apt Nurqadria S.Pom	06/11/2019/01/11/2019	1 Maret 2020	085211174495
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(*)
Nama : Nurqadria S.Pom	Nama :	Nama : Nurqadria S.Pom	Nama :	Nama : Nurqadria S.Pom	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) : apt Nurqadria S.Pom.



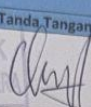
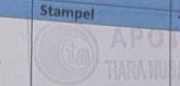

Handphone : 081244645834. Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : 081244645834. Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Nurqadria S.Pom.

Handphone : 081355609809. Telpon :

Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : <i>Murqadha</i>	Nama :	Nama : <i>Murqadha</i>	Nama :	Nama : <i>Murqadha</i>	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 : APR M. Qadria S. Par...
Tempat/Tgl lahir : Sarodea, 26/7/1999
Alamat : P. Mallinipo.

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari PT. MS. Ihsan Syahrul, 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.

Semra 14/7/2018
Menyektu
PATEK
MUSANTARA
(APR M. Qadria S. Par...)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili