



SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 576/436/DPMPTSP/X/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin praktik/kerja kepada :

Nama : Rosita, S.Farm,Apt
Tempat / Tgl. Lahir : Tomoni / 29 Desember 1984
Alamat Rumah : Jl.Trans Sulawesi, Desa Mandiri, Kec.Tomoni
Nomor STR : 19841229/STRA-UNHAS/2009/27256
Nomor Rekomendasi : 440/082-REK/DINKES, Tanggal 29 September 2021
Jenis Tenaga Kesehatan : Apoteker (SIPA) yang Pertama
Untuk Praktek/Kerja : Pada Sarana Swasta
Berlaku sampai dengan : 29 Desember 2026
No. Hp : 085342917234

Untuk melaksanakan praktik/ Kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Aridan Farma Jl.Trans Sulawesi, Ds.Mandiri, Kec.Tomoni, Kab.Luwu Timur.** Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.
KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.



Ditetapkan di : Malili
Pada Tanggal : 01 Oktober 2021

An. Bupati Luwu Timur
Kepala DPMPTSP

Andi Habil Unru,SE

Pangkat : Pembina Tk.I

NIP : 19641231 198703 1 208

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.



DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPTSP)
KABUPATEN LUWU TIMUR



SURAT IZIN SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN

Nomor : 026/SRPR-KES/DPMPTSP/XI/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendeklegasiyan Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatangan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin Apotek:

Nama Sarana	: Apotek Aridan Farma
Alamat	: Jl. Trans Sulawesi Desa Mandiri Kec. Tomoni
Kabupaten	: Luwu Timur
Telepon	: 0853 4291 7234
Nomor Rekomendasi	: 440/111-REK/DINKES, Tanggal 24 November 2021
Jenis Sarana Kesehatan	: Apotek

Kepada :

Nama Penanggung jawab	: Rosita, S.Farm., Apt
Tempat / Tgl. Lahir	: Tomoni / 29 Desember 1984
Alamat	: Jl. Trans Sulawesi Desa Mandiri Kec. Tomoni
Nomor STRA	: 19841229/STRA-UNHAS/2009/27256
Masa Berlaku STRA sampai	: 29 Desember 2026
Masa Berlaku SIPA	: 29 Desember 2026
Masa Berlaku SIA	: 29 Desember 2026

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan / atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.
KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.

Ditetapkan di : Malili
Pada Tanggal : 24 November 2021

An. Bupati Luwu Timur
Kepala DPMPTSP



Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPTSP)
KABUPATEN LUWU TIMUR**



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : ART. ARIDAN. FARMA.

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. TIAWS SULAWESI - DESA MANDIRI . KEC.
TOMOLOI

No NPWP (*) : 88.500.120.4.022.000

026.5882-KES / DPGIT 58/91 2021.

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 006.PB06 / DEMARZSP/BG/2021.

dan Toko Obat)

Masa berlaku 29 . DESEMBER 2026 .

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 (*)	ROSITA. S.FARM	S76/A36/DPERPUS/	29.12.2026	0858 9291-7234 .
2 Apoteker Pendamping 1	X/2021 .			
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Tanda Tangan APJ (*)	Stampel APJ (*)	Spesimen tanda tangani	Tanda Tangan APJ (*)	Stampel APJ (*)	Tanda Tangan APJ (*)	Stampel APJ (*)
Nama : POSITA S. FARM	NAME : ARIDAN FARMA	NAME : ARIDAN FARMA	Nama :	NAME : ARIDAN FARMA	NAME : ARIDAN FARMA	NAME : ARIDAN FARMA

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : POSITA . S.FARM .

Handphone : 0853 - 4291 - 7234 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : POSITA - S.FARM .

Handphone : 0853 - 4291 - 7234 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : POSITA . S.FARM .

Handphone : 0853 - 4291 - 7234 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		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 : Tgl :		Nama : Tgl :		Nama : Tgl :	

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

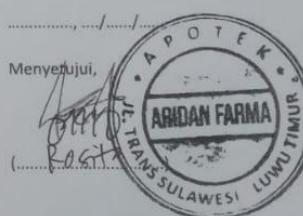
Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Rosita
Tempat/Tgl lahir : Towoni / 29- Desember-1984
Alamat : Mandiri / Luwu Timur

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.



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7371096912840004

Nama : ROSITA
Tempat/Tgl Lahir : TOMONI, 29-12-1984
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : O
Alamat : DSN. KEBUN RAMI 3
RT/RW : 001/000
Kel/Desa : MANDIRI
Kecamatan : TOMONI
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR
13-07-2021

A handwritten signature in black ink, likely belonging to the local government official who issued the ID card.



DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 89.500.120.4-822.000

ROSITA

DINKES KAB.GORONTALO UTARA/DSN TUHIANGO
LEBOTO, KWANDANG
GORONTALO UTARA 96252

TERDAFTAR : 07-04-2010