



SRN CD0000246

**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 : 17/SIPA/DPMPTNT/IV/2024**

- 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 **DAHNIAR, S.Si., Apt.** Tanggal **22-04-2024**  
4. Rekomendasi No. **23/SIPA/REK-T.TEKNIS/DK/VI/2024** Tanggal **19-06-2024**

**MEMBERIKAN IZIN PRAKTEK APOTEKER KEPADA :**

**DAHNIAR, S.Si., Apt.**

Tempat / Tanggal lahir : **WATANSOPPENG , 09 MEI 1982**  
Alamat : **JL. MALAKA RAYA, KEL. LEMBA, KEC. LALABATA**

Nomor STRA : **QI00000155928970**  
STRA berlaku sampai dengan : **19 JUNI 2024**  
Untuk Berpraktek sebagai : **APOTEKER**  
Nama Tempat Praktek : **APOTEK AL KHAIR**  
Alamat Praktek : **JL. MADRAZAH NO.177 TAKALALA, KEC. MARIORIWAWO**

Waktuk Praktek : Hari : **SENIN - SABTU**  
Jam : **16.00 - 19.00**

Masa Berlaku SIPA : **19 JUNI 2029**

Dengan ketentuan sebagai berikut :

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

Dikeluarkan di : Watansoppeng

Pada Tanggal : **20 Juni 2024**

**An. BUPATI SOPPENG**  
**KEPALA DINAS**



**ANDI DHAMRAH, S.Sos, M.M**

**Pangkat : PEMBINA UTAMA MUDA**  
**NIP : 19700815 199803 1 007**



**Biaya : Rp. 0,00**



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 25072400645030001**

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 APOTEK ALKHAIR BERKAH  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2507240064503   |
| 3. Alamat Kantor   | : MALLEKANA, Desa/Kelurahan Tettikenrarae, Kec. Marioriwawo, Kab. Soppeng, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90862 |
| 4. Status Penanaman Modal                                | : PMDN  |
| 5. No. Telepon   | : 082337112854  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 7. Lokasi Usaha  | : Mallekana, Desa/Kelurahan Tettikenrarae, Kec. Marioriwawo, Kab. Soppeng, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90862 |
| 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: 14 Agustus 2024

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



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 14 Agustus 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 : 25072400645030001**

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.</li><li>- Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi.</li><li>- Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	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.

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	: Perubahan
Nama Apotek	: Apotek Al-Khair
Alamat Apotek	: Jl. Madrasah No. 177, Takalala
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	: Dahniar, S.Si.,Apt.
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	: 17/SIPA/DPMPNT/IV/2024
Masa Berlaku SIPA	: 19 Juni 2029
Masa Berlaku	: 19 Juni 2029 ( 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 BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



Balai  
Sertifikasi  
Elektronik





KPP PRATAMA WATAMPONE

**40.731.197.6-808.000**

**MUH FATHUL KHAIR**

NPWP16 : 7312 0128 0898 0001



JALAN MADRASAH NO. 177 RT. 004 RW. 001  
TETTIKENRARAE MARIORIWAWO  
KAB. SOPPENG SULAWESI SELATAN

Tanggal Terdaftar 02/05/2023



djp



# FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek Al-Rhair  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Mallekana, Kel. Tetikenzarae Kec. Marioriwawo, Kab. Soppeng Provinsi Sulawesi Selatan  
No NPWP (\*) : 40.731.197.6-808.000  
Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS dan Toko Obat) : 25072400645030001 Masa Berlaku : 19 Juni 2029  
No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku :  
No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku :  
Sertifikat CDOB PBF (\*) : Masa Berlaku :

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Dahmar, S.Si., Apt.	17/SIPA/DPMPINT/IV /2024	19 Juni 2029	0852563589315
2 Apoteker Pendamping 1	Asriwati, A.Md.Farm.	31/SIPTTK/DPMPINT/ K/2022	04 Juli 2027	082396433330
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : Dahmar	Nama :	Nama : Asriwati	Nama :	Nama :	Nama :

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : Sumarni S.Pt  
Handphone : 081342055753 Telpon :  
Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :  
Handphone : Telpon :  
Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Sumarni S.Pt  
Handphone : 081342055753 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasangan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran <sup>(*)</sup>	
Tanda Tangan	Stempel	Tanda Tangan	Stempel	Tanda Tangan	Stempel
	 Jl. Masjid Raya No. 177 (Blok D) 2nd Floor Takasaka Takasaka - Denpasar Telp. 0361 9555446		 Jl. Masjid Raya No. 177 (Blok D) 2nd Floor Takasaka Takasaka - Denpasar Telp. 0361 9555446		 Jl. Masjid Raya No. 177 (Blok D) 2nd Floor Takasaka Takasaka - Denpasar Telp. 0361 9555446
Nama : Suatipati	Nama :	Nama : Suatipati	Nama :	Nama : Suatipati	Nama :

Diperiksa Oleh		Diverifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	APJ
Nama :	Nama :	Nama :
Tgl :	Tgl :	Tgl :

**Keterangan:**

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

### SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Muh Fathul Khair

Tempat/Tgl Lahir : Lagaci, 28 Agustus 1998

Alamat : MALLEKANA, Desa/Kelurahan Tetukkenraae, Kec. Marioriwawo, Kab. Soppeng, Sulawesi Selatan

Adalah sebagai **Pemilik** dari Apotek Al-Khair 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 7788 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)  
BRI (REK. 2292-01-000295-30-0 / 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 menuliskan 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.

Soppeng, 12/Juni /2025

Menyetujui,

  
(Muh Fathul Khair)

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN SOPPENG

NIK : 7312012808980001

Nama : MUH. FATHUL KHAIR  
Tempat/Tgl Lahir : LAGOCI, 28-08-1998  
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : O  
Alamat : MALLEKANA  
RT/RW : 004/001  
Kel/Desa : TETTIKENRARAE  
Kecamatan : MARIORIWAWO  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan : BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



SOPPENG  
20-07-2020

*Fathul*

**FIPOTEK**

**AL-KHAIR**

NOMOR IZIN :

**JL.MADRAZAH NO.177  
TAKALALA SOPPENG**

**085299559446 0484 2713870**