



PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan Petta Ponggawae No. 4, Watampone, Bone, Sulawesi Selatan,
Telepon (0481) 25056, Faximile (0481) 25056,
Laman <https://dpmptsp.bone.go.id/>, pos-el dpmptspbone@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KESATU
Nomor : 10/I/SIPA/DPMPTSP/2024

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone memberikan Izin Praktik Apoteker Kesatu Kepada :

Nama Lengkap : Apt. BAU LENI, S. Farm
Tempat / Tanggal Lahir : Mattoanging, 05 November 1997
Alamat Rumah : Jl. Arif Rahman Hakim Kel. Macege Kec. Tanete Riattang Barat
Nomor STRA : RU00000238178862
Untuk Melakukan Praktik di :
Nama Tempat Praktik : APOTEK BAAHIRAH FARMA
Alamat : Jl. Arif Rahman Hakim Kel. Macege Kec. Tanete Riattang Barat
Waktu Praktik : Setiap Hari
Jam : 16.00 s/d 22.00 Wita

Masa berlaku SIPA sampai : 30 Januari 2029

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 diatas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.



Rp.0,-

Dikeluarkan di : Watampone
Pada tanggal : 30 Januari 2024

KEPALA DINAS,



Drs. ANDI AMRAN, M. Si
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19681122 198908 1 001

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;—
2. Ketua Komite Farmasi Nasional;
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone;
5. Ketua Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Cabang Bone.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 25012400270180002

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	: BAU LENI
2. Nomor Induk Berusaha (NIB)	: 2501240027018
3. Alamat Kantor	: JL.ARIF RAHMAN HAKIM, Desa/Kelurahan Macege, Kec. Tanete Riattang Barat, Kab. Bone, 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. Arif Rahman Hakim , Desa/Kelurahan Macege, Kec. Tanete Riattang Barat, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92732
6. Skala Usaha	: Usaha Mikro
7. 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: 22 Februari 2024

a.n. Bupati Bone
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 22 Februari 2024

1. Dokumen ini diberikan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.
2. Dalam hal terjadi kesalahan 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 : 25012400270180002

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

npwp.

KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA WATAMPONE

7302 0645 1197 0001

BAU LENI



JL ARIF RAHMAN HAKIM RT. 002 RW. 001, MACEGE, TANETE
RIATTANG BARAT, KAB. BONE, SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 29/04/2025



PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN BONE

NIK : 730206451197001

Nama : BAU LENI
Tempat/Tgl Lahir : MATTOANGING, 05-11-1997
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-
Alamat : JL. ARIF RAHMAN HAKIM
RT/RW : 002/001
Kel/Desa : MACEGE
Kecamatan : TANETE RIATTANG BARAT
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : MENGURUS RUMAH TANGGA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BONE
12-04-2022



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APOTEK BAHIRAH FARMA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. ARIF RAHMAN HAKIM, kel. macege, kec. Tanete
Blattang Barat, kab. Bone.

No NPWP (*) : 7302 0645 1197 0001

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 2020 TEK

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. Bau leni.,	10/1/SIPA/BPMPSP/2024	30 Januari 2024.	
2	Apoteker Pendamping 1				
3	Apoteker Pendamping 2				
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 (*)

Nama apt. Bau leni Nama :

Nama : iini meylani

Nama RAHMAN HAKIM,

Nama :

Nama RAHMAN HAKIM,

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : apt. Bau leni .S. Farm

Handphone : 088 245 567 614 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : apt. Bau leni .S. Farm

Handphone : 088 245 557 614 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :

Handphone : Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : apt. Bau Ieni	Nama :	Nama : Bau Ieni	Nama :	Nama : apt + . Bau Ieni	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 : apt. Bau Leni, S.Farm
Tempat/Tgl lahir : mattoanging , 05 November 1997
Alamat : Jl. ARIF Rahman Hakim.

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari**Pemilik**.....

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.

Bone., 15/07/2025



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili