



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://dpmpstsp.bone.go.id/>, pos-el dpmpstspbone@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KESATU

Nomor : 20/III/SIPA/DPMPSTSP/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 : MUSDALIFA, S.Farm, Apt.
Tempat / Tanggal Lahir : Bajoe, 10 Agustus 1992
Alamat Rumah : Jl. Tanggul Kel. Bajoe Kec. Tanete Riattang Timur
Nomor STRA : 28 28 7 2 2 23-92081003
Untuk Melakukan Praktik di :
Nama Tempat Praktik : APOTEK KEISHA FARMA
Alamat : Kel. Pancaitana Kec. Salomekko
Waktu Praktik : Senin-Jumat
Jam : 10.00 s/d 15.00

Masa berlaku SIPA sampai : 10 Agustus 2028

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.



Dikeluarkan di : Watampone
Pada tanggal : 04 Maret 2024

KEPALA DINAS,



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

Rp.0,-

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 : 30102400622370001

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 | : Murni Musnur |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 3010240062237 |
| 3. Alamat Kantor | : Dusun Bakkoe, Desa/Kelurahan Malimongeng, Kec. Salomekko, 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 | : Jln. Tangka-Tangka kel. Pancaitana Kec. Salomekko Kab. Bone, Desa/Kelurahan Pancaitana, Kec. Salomekko, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 92776 |
| 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: 12 Februari 2025

a.n. Bupati Bone
Kepala DPMPSTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 12 Februari 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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN**

IZIN : 30102400622370001

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 (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 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

Watampone, 05 Februari 2025

Nomor surat : 400.7.20/ 496 / II /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 : KEISHA FARMA
Nama Apoteker Penanggung jawab : apt. MUSDALIFA, S.Farm.
Nomor SIPA : 20/III/SIPA/DPMPSTSP/2024
Alamat Apotek : JL. Poros Bone - Sinjai
Telepon : 085240959335
Desa/ Kelurahan : Pancaitan
Kecamatan : Salomekko
Kabupaten/ Kota : BONE

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek



Mengetahui,

PIL. 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	
KASANA	

BERITA ACARA
PENILAIAN KESESUAIAN STANDAR APOTEK
Nomor: 400.7.20/ 047 / I /DINKES

Pada hari ini jumat tanggal tiga bulan Satu tahun Dua Ribu Dua Puluh Lima berdasarkan surat tugas nomor : 400.7.20/ 076 / I / 2025, tanggal 03 Januari 2025 kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Nurlina,S.ST, M.Kes
NIP : 19730606 199803 2 008
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a
Jabatan : Kepala Bidang Sumber Daya kesehatan
2. Nama : Hasniah, S.Si, Apt
NIP : 19730621 200502 2 001
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a
Jabatan : Apoteker Muda
3. Nama : A. Tambaru
NIP : 19710106 199203 1 004
Pangkat/Golongan : Pengatur TK I/ II d
Jabatan : Pengadministrasi Umum

Dengan ini menyatakan sebagai berikut :

- I. Telah melakukan penilaian kesesuaian dalam rangka verifikasi pemenuhan persyaratan Apotek dengan cara pengecekan administrasi dan pengecekan lapangan terhadap :

Nama Apotek : KEISHA FARMA
Alamat lengkap Apotek : JL. Poros Bone - Sinjai
Kecamatan Salomekko

- II. Berdasarkan hasil pengecekan administrasi,dinilai dari sisi dokumen bahwa Apotek Telah / ~~belum~~ memenuhi persyaratan.

- III. Berdasarkan hasil pengecekan lapangan ke Apotek dilakukan verifikasi sebagai berikut :

Hasil Pengecekan lapangan ke Apotek

No	Perincian	Persyaratan	Hasil Verifikasi	Penilaian	
				TMS	MS
I.	Lokasi	1. Apotek dapat didirikan pada lokasi yang sama dengan kegiatan pelayanan dan komoditi lainnya diluar sediaan farmasi (misalnya di pusat perbelanjaan, apartemen, perumahan). Apotek tidak berada di dalam lingkungan Rumah Sakit.			✓
		2. Memenuhi Persyaratan kesehatan lingkungan dan rencana tata ruang wilayah kabupaten/ kota setempat.			✓
		3. Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota dapat mengatur persebaran Apotek di wilayahnya dengan memperhatikan kebutuhan dan akses masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kefarmasian, serta memperhatikan rasio antara persebaran jumlah apotek dibanding dengan jumlah penduduk.			✓
II.	Bangunan	1. Permanen			✓

2.	Memperhatikan fungsi:			✓
	a. keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan			✓
	b. perlindungan dan keselamatan bagi semua orang termasuk penyandang disabilitas, anak-anak, dan lanjut usia			✓
	c. keamanan dan mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan BMHP.			✓
	3	Bangunan, sarana dan prasarana Apotek harus dalam kondisi terpelihara dan berfungsi dengan baik.		✓

III. Sarana/ Prasarana

Prasarana

1	Sumber air bersih dan sanitasi	-	Sumber air bersih tersedia	BOR		✓
		-	Tersedia tempat sampah yang memenuhi persyaratan			✓

2	Instalasi listrik	Sistem kelistrikan dan penempatannya harus mudah dioperasikan, diamati, dipelihara, tidak membahayakan, tidak mengganggu lingkungan, bagian bangunan dan instalasi lain. Jika Apotek menyediakan vaksin, maka Apotek harus memastikan suplai listrik tidak terputus untuk fasilitas pendingin.			✓
3	Instalasi sirkulasi udara	Ventilasi ruang pada bangunan Apotek, dapat berupa ventilasi alami dan/atau ventilasi mekanis. Setiap ruang diupayakan proses udara di dalam ruang bergerak dan terjadi pertukaran antara udara di dalam ruang dengan udara dari luar.			✓
4	Penerangan	Penerangan cukup untuk menjamin kegiatan pelayanan			✓
5	Pencegahan dan penanggulangan kebakaran	Alat Pemadam Api Ringan (APAR).			✓
6	Sistem Komunikasi	Alat komunikasi dapat berupa telepon kabel, seluler, radio komunikasi, ataupun alat komunikasi lainnya.			✓
7	Papan nama Apotek	Memuat informasi paling sedikit berupa nama Apotek, nomor Izin Apotek dan alamat Apotek.			✓
8	Papan nama praktik Apoteker	Memuat informasi paling sedikit berupa nama Apoteker, nomor Surat Izin Praktik Apotek (SIPA) dan jadwal praktik Apoteker.			✓

1	Ruang pendaftaran/ penerimaan Resep	Terdapat pada bagian paling depan dan mudah terlihat.			✓
2	Ruang pelayanan Resep dan peracikan	Sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek			✓
3	Ruang penyerahan dan pemberian informasi Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan BMHP	Ruang penyerahan dapat digabungkan dengan ruang penerimaan resep selama dapat digunakan sesuai fungsi masing-masing.			✓
4	Ruang Konseling	Dapat menjamin privasi pasien dan komunikasi dua arah antara Apoteker dan pasien.			✓
5	Ruang penyimpanan Sediaan Farmasi, Alata Kesehatan, dan BMHP	Ruang penyimpanan harus memperhatikan kondisi sanitasi, temperatur, kelembaban, ventilasi, pemisahan untuk menjamin mutu Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, BMHP, dan keamanan petugas.			✓
6	Ruang Penyimpanan dokumen administrasi dan data				✓

Peralatan Apotek

1	Peralatan pada ruang penerimaan Resep sekurang-kurangnya:				
a.	Meja dan Kursi	1 (satu) set			✓
b.	Komputer/laptop	1 (satu) set	Laptop		✓
2	Peralatan pada ruang pelayanan Resep dan peracikan sekurang-kurangnya:				
a.	Timbangan obat berupa timbangan analog atau timbangan digital yang sudah dikalibrasi dan dibuktikan dengan tanda bukti kalibrasi.				✓
b.	Meja peracikan	Ada sesuai kebutuhan			✓
c.	Wastafel	Ada sesuai kebutuhan			✓

d.	Referensi dan literatur peraturan perundang-undangan bidang kefarmasian baik berupa <i>hardcopy</i> maupun <i>softcopy</i>	Ada sesuai kebutuhan			✓
e.	Peralatan peracikan	Ada sesuai kebutuhan			✓
f.	Air untuk pengencer (<i>purified water / aquades</i>)	Ada sesuai kebutuhan			-
g.	Sendok obat	Ada sesuai kebutuhan			✓
h.	Bahan pengemas dan pembungkus obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
i.	Termometer ruangan	Ada sesuai kebutuhan			✓
j.	Blanko Salinan resep	Ada sesuai kebutuhan			✓
k.	Etiket dan label obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
l.	Pendingin ruangan (<i>air conditioner</i>)	Ada sesuai kebutuhan			-

3 Peralatan pada ruang konseling sekurang-kurangnya:

a.	Meja dan Kursi	1 (satu) set			✓
b.	Buku Referensi	Ada sesuai kebutuhan			✓
-	Buku standar		LSD MIMS Edisi 20-		✓
-	Kumpulan peraturan perundang-undang terkait praktik kefarmasian				✓
c.	Leaflet	Ada sesuai kebutuhan			-
d.	Poster	Ada sesuai kebutuhan			-
e.	Alat bantu konseling	Ada sesuai kebutuhan			
f.	Tempat untuk mendisplay informasi obat	Ada sesuai kebutuhan			✓
g.	Formulir dan Dokumen Pelayanan Kefarmasian	Ada sesuai kebutuhan			✓
-	Formulir Pelayanan Informasi Obat (PIO)	Ada sesuai kebutuhan			✓
-	Formulir Pelayanan konseling	Ada sesuai kebutuhan			✓

	-	Formulir catatan pengobatan pasien	Ada sesuai kebutuhan			✓
	-	Formulir monitoring Efek Samping Obat (MESO)	Ada sesuai kebutuhan			✓
	-	Formulir pelayanan kefarmasian di rumah (Home Pharmacy Care)	Ada sesuai kebutuhan			✓
4	Peralatan pada ruang penyimpanan sediaan farmasi sekurang-kurangnya:					
	a.	Lemari/rak untuk penyimpanan obat	Ada sesuai kebutuhan	3 Lemari		✓
	b.	Pallet	Ada sesuai kebutuhan			-
	c.	Lemari pendingin	Ada sesuai kebutuhan			✓
	d.	Lemari untuk penyimpanan narkotika dan psikotropika	Ada sesuai peraturan yang berlaku			✓
	e.	Lemari penyimpanan obat khusus	Ada sesuai kebutuhan			-
	f.	Pendingin ruangan (AC)	Ada sesuai kebutuhan	Kipas Angin		✓
	g.	Pengukur suhu dan kelembaban (termohigrometer)	Harus memenuhi persyaratan			✓
	h.	Pengukur suhu (termometer ruangan)	Harus memenuhi persyaratan			✓
	i.	Kartu monitoring suhu	Ada sesuai kebutuhan			✓
	j.	Tempat penyimpanan khusus	Ada sesuai kebutuhan			✓
5	Pada ruang penyimpanan dokumen administrasi dan data sekurang-kurangnya tersedia:					
	a.	Lemari buku	Ada sesuai kebutuhan			✓
	b.	Blanko pesanan obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	c.	Blanko kartu stok obat	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	d.	Blanko salinan resep	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	e.	Blanko faktur dan blanko nota penjualan	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	f.	Buku pencatatan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	g.	Buku Pesanan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
	h.	Form laporan obat narkotika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓

i.	Buku pencatatan obat psiktropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
j.	Buku pesanan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓
k.	Form laporan obat psikotropika	Ada dengan jumlah sesuai kebutuhan			✓

IV. Sumber Daya Manusia (SDM)

1.	Apotek Sekurang-kurangnya terdiri 1 (satu) orang apoteker	Apotek yang buka 24 (dua puluh empat) jam sekurang-kurangnya harus memiliki 2 (dua) orang apoteker)	...1.... Orang		✓
2	Apoteker penangngung jawab dapat dibantu Apoteker lain dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian, asisten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administrasi		2 Orang		✓
3	Jumlah Apoteker dan tenaga lain disesuaikan dengan jam operasional Apotek dan mempertimbangkan analisa beban kerja	- Data jam operasional Apotek - Data jam praktik Apoteker - Tersedia analisa beban kerja			✓
4	Semua tenaga kefarmasian memiliki surat izin praktik	Dibuktikan dengan SIPA/SIPTTK			✓
5	Semua tenaga kefarmasian sesuai dengan standar profesi, standar prosedur operasional, standar pelayanan, etika profesi, menghormati hak pasien, serta mengutamakan mutu dan keselamatan pasien sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.				✓

V. Penyelenggaraan (Untuk Permohonan Perpanjangan Izin, Perubahan lokasi, Perubahan alamat di lokasi yang sama, Perubahan Nama Apotek, dan/atau Perubahan Apoteker Penanggung Jawab Apotek)

1	Apotek tidak melakukan kegiatan distribusi obat	Hasil pemeriksaan			-
2	Apoteker tidak melayani dan menyerahkan obat dalam jumlah besar	Hasil pemeriksaan			-

3	Apoteker melakukan pengisian <i>self assessment</i> Pelayanan Kefarmasian di Apotek berdasarkan penyelenggaraan Apotek paling sedikit 1 (satu) kali setahun	Bukti hasil pengisian terakhir			-
4	Apotek memberikan laporan Pelayanan Kefarmasian setiap bulan	Bukti hasil pelaporan Pelayanan Kefarmasian terakhir			-
5	Apotek memberikan laporan pemasukan dan penyerahan/penggunaan narkotika dan psikotropika setiap bulan melalui aplikasi SIPNAP	Bukti hasil pelaporan SIPNAP			-

Keterangan:

TMS : Tidak Memenuhi Syarat

MS : Memenuhi Syarat

VI. Usulan Rekomendasi

Pilihan jawaban

- ☒ Telah memenuhi persyaratan sebagai Apotek
☐ Belum memenuhi persyaratan sebagai Apotek, meliputi:

.....

Demikian Berita Acara ini kami buat sesungguhnya dengan penuh tanggung jawab.

Tim Penilai Kesesuaian Apotek,

- 1 Nurlina, S.ST.M.Kes
Nip.19730616 199803 2 008
- 2 Hasniah, S.Si.Apt
Nip.19730621 200502 2 001
- 3 Andi Tambaru
Nip. 19710106 1992 03 1 004



Mengetahui,
 Kepala Dinas Kesehatan Kab.Bone

Dr. H. YUSUF, M.Kes
 Rangkap : Pembina TK 1/IV b
 NIP. 19710501 200212 1 005

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN BONE

NIK : 7308035707910003

Nama : MURNI MUSNUR
Tempat/Tgl Lahir : BOJO, 17-07-1991
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-
Alamat : DUSUN BAKKOE
RT/RW : 002/001
Kel/Desa : MALIMONGENG
Kecamatan : SALOMEKKO
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : MENGURUS RUMAH TANGGA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BONE
13-03-2019

A handwritten signature in black ink, appearing to be a stylized representation of the name 'Murni'.

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN BULUKUMBA

NIK : 7302076010800001

Nama : A. MUSDALIFAH, S.Farm.
APT

Tempat/Tgl Lahir : TANETE, 20-10-1980

Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-

Alamat : TANETE

RT/RW : 001/001

Kel/Desa : TANETE

Kecamatan : BULUKUMPA

Agama : ISLAM

Status Perkawinan : KAWIN

Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)

Kewarganegaraan : WNI

Bojaku Hingga : SEUMUR HIDUP


BULUKUMBA
19-12-2018


npwp. KPP PRATAMA WATAMPONE

91.007.151.3-808.000

MURNI MUSNUR

NPWP16 : 7308 0357 0791 0003

 DUSUN BAKKOE (SAMPING MASJID), MALIMONGENG,
SALOMEKKO, KAB. BONE, SULAWESI SELATAN, 92775

CS dengan CamScanner
Tanggal Terdaftar 01/04/2019

FORM SPESIMEN RELASI
DATA RELASI (Legal Doc)

 Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek KEISHA FARMA

 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Tangka-Tangka, Kel. Pancaaitana, Kec. SALOMEKKA

No NPWP (*) :

 Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 30102400622370001


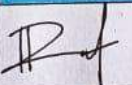

dan Toko Obat) Masa berlaku

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB PBF (*) : Masa Berlaku

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	MUS DALIFA	20/III/SIPA/DPMTSP/2024	10 Agustus 2028	
2 Apoteker Pendamping 1		2024		
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	RISKA	NR73082410006743	23 Juli 2027	
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
	<u>Apt. Musdalifa, S. Farm</u> <u>20/III/SIPA/DPMTSP/2024</u>		<u>RISKA, A. MD. Farm</u> <u>SIP NR73082410006743</u>		
Nama : <u>Apt. Musdalifa</u>	Nama :	Nama : <u>RISKA</u>	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) :


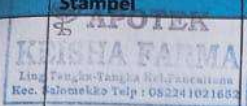

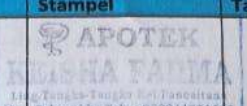


Handphone : Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :

Handphone : Telpon :

Plan Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : MURNI, M	Nama :	Nama : MURNI	Nama :	Nama : MURNI, M	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 : MURNI MUSNUR
Tempat/Tgl lahir : BOJO, 17 JULI 1991
Alamat : MALIMONGENG, KEC. SALOMEKKO

Adalah sebagai ~~Pemilik Yang Tunjuk Mewakili~~ dari APOTEK KEISHA
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.

SALOMEKKO 14/10/2023

APOTEK
KEISHA FARMA
Menyetujui,
Ling. Tangka-Tangka Kel. Pangkajene
Kec. Salomekko Telp : 0822-9021652

(MURNI MUSNUR)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili