



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**

**IZIN : 03092500721170001**

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                                     | : SULFIATI  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 0309250072117   |
| 3. Alamat Kantor   | : ALUPPANG, Desa/Kelurahan Aluppang, Kec. Takkalalla, Kab. Wajo, 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 Tamalanrea Raya Blok M No 16D, Desa/Kelurahan Tamalanrea Jaya, Kec. Tamalanrea, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90244 |
| 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: 15 Oktober 2025

**a.n. Wali Kota Makassar**  
**Kepala DPMPSTP Kota Makassar,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 15 Oktober 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. 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.





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN**

**IZIN : 03092500721170001**

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. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kota Makassar	Selama Pelaku Usaha menjalankan kegiatan usaha

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. 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.





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN 03092500721170001**

Lampiran berikut memuat data teknis **Izin Apotek**, sebagai berikut:

Status Permohonan	: Permohonan Baru
Nama Apotek	: Apotek BUNDA FARMA
Alamat Apotek	: Jl. Tamalanrea Raya Blok M No.16D Makassar
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	: apt. Sulfiati.,S.Si
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	: 503/34493/SIP.A/DPM-PTSP/9/2025
Masa Berlaku SIPA	: 06 September 2025 – 06 Juni 2029
Nomor SSA	: 400.7.5.4/385/Dinkes/X/2025
Masa Berlaku	: Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 0309250072117

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 Nomor Induk Berusaha (NIB) kepada:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : SULFIATI  |
| 2. Alamat  | : ALUPPANG, Desa/Kelurahan Aluppang, Kec. Takkalalla, Kab. Wajo,<br>Provinsi Sulawesi Selatan |
| 3. Nomor Telepon Seluler                                 | : 082188660469  |
| Email  | : sulfiati047@gmail.com   |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : Lihat Lampiran  |
| 5. Skala Usaha   | : Usaha Mikro   |

NIB ini berlaku di seluruh wilayah Republik Indonesia selama menjalankan kegiatan usaha dan berlaku sebagai hak akses kepastian, pendaftaran kepesertaan jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan, serta bukti pemenuhan laporan pertama Wajib Lapor Ketenagakerjaan di Perusahaan (WLKP).

Pelaku Usaha dengan NIB tersebut di atas dapat melaksanakan kegiatan berusaha sebagaimana terlampir dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan di Jakarta, tanggal: 3 September 2025

Perubahan ke-1, tanggal: 3 September 2025

**Menteri Investasi dan Hilirisasi/  
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,**



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 3 September 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. 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.





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN  
NOMOR INDUK BERUSAHA: 0309250072117**

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha untuk:

No.	Kode KBLI	Judul KBLI	Lokasi Usaha	Tingkat Risiko	Perizinan Berusaha		
					Jenis	Status	Keterangan
1	47721	Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik	Jln Tamalanrea Raya Blok M No 16D, Desa/Kelurahan Tamalanrea Jaya, Kec. Tamalanrea, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 90244	Tinggi	NIB	Terbit	-
					Izin	- Belum Terbit - Lakukan pemenuhan persyaratan melalui oss.go.id	Lakukan pemenuhan persyaratan izin melalui oss.go.id paling lambat 90 (sembilan puluh) hari kerja sebelum waktu perkiraan mulai beroperasi/berproduksi

1. Dengan ketentuan bahwa NIB 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 NIB 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. 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.



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.





**PEMERINTAH KOTA MAKASSAR**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

**Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makassar 90171**  
**Website: [dpmptsp.makassarkota.go.id](http://dpmptsp.makassarkota.go.id)**



**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**

Nomor: 503/34493/SIP.A/DPM-PTSP/9/2025

Berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan, maka yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar memberikan Surat Izin Praktik (SIP), Kepada:

**apt. SULFIATI, S. Si**

Jenis Praktek : Surat Izin Praktik (SIP)  
Tempat, tanggal lahir : Alupang, 06-06-2000  
Alamat : Perum. Dosen UNHAS Tamalanrea Jl. Aristoteles Blok AG  
No. 63, Makassar  
Tempat Praktik yang ke-1 : Apotek Bunda Farma;  
Kelurahan : Tamalanrea  
Kecamatan : Tamalanrea  
Jalan : Jl. Tamalanrea Raya Blok M Nomor 16D, Kota Makassar  
Jadwal Praktek : Senin - Sabtu, Pukul 07.00 - 15.00 WITA  
No. STR : GN00001579481561  
Masa berlaku SIP : 08 September 2025 - 06 Juni 2029  
No. Rekomendasi Dinkes : 440/22757/Rek.A/DKK/IX/2025  
**Untuk Praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab**



**Ditetapkan di Makassar**

**Pada tanggal: 08 September 2025**



Ditandatangani secara elektronik oleh  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL  
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
KOTA MAKASSAR**

**H. MUHAMMAD MARIO SAID, S.IP., M.Si.**

**Tembusan :**

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Peringgal,-

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik.



PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN WAJO

NIK : 7313034606000001

Nama : SULFIATI  
Tempat/Tgl Lahir : ALUPPANG, 06-06-2000  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :  
Alamat : ALUPPANG  
RT/RW : 000/000  
Kel/Desa : ALUPANG  
Kecamatan : TAKKALALLA  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan : BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



WAJO  
02-05-2018





KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA MAKASSAR UTARA

7313 0346 0600 0001

SULFIATI



JL.ARIESTOTELES AG NO.63 RT. 001 RW. 008, TAMALANREA  
JAYA, TAMALANREA, KOTA MAKASSAR, SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 21/08/2024



[www.pajak.go.id](http://www.pajak.go.id)

Pajak Kita Untuk Kita



KEMENTERIAN KEUANGAN  
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

Kartu ini harap disimpan baik-baik dan apabila hilang, agar segera melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdaftar

NPWP agar dicantumkan dalam hal berhubungan dengan dokumen perpajakan

Dalam hal Wajib Pajak pindah domisili, supaya melaporkan diri ke Kantor Pelayanan Pajak lama atau Kantor Pelayanan Pajak baru.

Seluruh layanan perpajakan tidak dipungut biaya

**FORM SPESIMEN RELASI**
**DATA RELASI (Legal Doc)**

 Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek Bunda Farma

 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Tawakura Raya Blok M No 160, Penangsan Btp, Makassar

 No NPWP (\*) : 731303460600001

 Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 02092500321170001

 Masa Berlaku : 6 Juni 2019  
dan Toko Obat)

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/SIPI(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Sulfiati	SUS/34473/11PA/DPMP/19/15	6/2019	082188660469
2 Apoteker Pendamping 1	A. Ummul	44011394156. A/10M/19/15	14/2/2019	0822 9999 9917
3 Apoteker Pendamping 2	Pt. Yunis	4412346/156. A/10M/19/15	7/10/2020	0853 9999 5522
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 Outlet (*)
					
Nama : <u>Sulfiati</u>	Nama : <u>Apotek Bunda Farma</u>	Nama : <u>Ummul</u>	Nama : <u>Apotek Bunda Farma</u>	Nama : <u>Yunis</u>	Nama : <u>Apotek Bunda Farma</u>

**Data Relasi (Operasional)**

 Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : Sulfiati




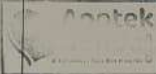


 Handphone : 0821 8866 0469 ..... Telpon : .....

 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : A. Ummul

 Handphone : 0822 9999 9917 ..... Telpon : .....

 Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Muh. Irfan

 Handphone : 0813 4373 0000 ..... Telpon : .....

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama :	Nama :	Nama : <u>Cpt. Ulfah W.</u>	Nama :	Nama : <u>apt. Yuni</u>	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh	
Marketing	Keuangan	API	
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 : Sulphah  
Tempat/Tgl lahir : Atuppaung, 06 Juni 2000  
Alamat : Jl. Perum Dusen

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari Apotek Bunda Femma  
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.

Makassar 16/10/2021



Menyetujui,

(.....Sulphah.....)

**\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili**