



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Sanur Farma

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) :

No NPWP (*) :

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

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 (*)				
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	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	APOTEK SANUR FARMA Desa Bengo, Kecamatan Bengo, Kabupaten Bone		APOTEK SANUR FARMA Desa Bengo, Kecamatan Bengo, Kabupaten Bone		SA

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) :

Handphone : Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) :

Handphone : Telpon :

Bagian Pemasaran	Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)																						
Tanda Tangan	Stampel	APOTEK SANUR FARMASI	Tanda Tangan	Stampel	APOTEK SANUR FARMASI	Tanda Tangan	Stampel	APOTEK SANUR FARMASI																	
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :																		
Diperiksa Oleh <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Marketing</td> <td style="width: 33%;">Keuangan</td> <td style="width: 33%;">APJ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Nama : Tgl :</td> <td>Nama : Tgl :</td> <td>Nama : Tgl :</td> </tr> </table>				Marketing	Keuangan	APJ				Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Divertifikasi Oleh <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Marketing</td> <td style="width: 33%;">Keuangan</td> <td style="width: 33%;">APJ</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>				Marketing	Keuangan	APJ						
Marketing	Keuangan	APJ																							
Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Nama : Tgl :																							
Marketing	Keuangan	APJ																							

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
Tempat/Tgl lahir :
Alamat :

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. Mengintokan 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



PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Petta Ponggawae No. 4 Watampone, 92711, Telepon (0481) 25056 - Faks (0481) 25056

Website : <https://dpmpfsp.bone.go.id> - Email : dpmpfspbone@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

Nomor: NR73082501003525

Dasar: a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

- b. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
- c. Peraturan Bupati Bone Nomor 53 Tahun 2022 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha dan Perizinan Non Berusaha Kepada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone

Memberi Izin kepada:

Nama : MUSRIANI

Tempat/ Tanggal Lahir : Bengo, 05 Mei 1988

Alamat Rumah : Jl. Datuk Ribandang No. 49/31, Desa/Kel. Kalukuang, Kec. Tallo, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

Profesi : Apoteker

Alamat Praktik : APOTEK SANUR FARMA, Dusun gemmi Desa/Kel. Bengo, Kec. Bengo, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Nomor STR : JD00000527033031

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 05 Mei 2028



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone

Pada Tanggal : 09 Januari 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN BONE



Drs. ANDI AMRAN, M. Si.

Pembina Utama Muda, IV/c

NIP. 196811221989081001

Tembusan :

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone.
2. Arsip.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 03122400280650001

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 | : | MUSRIANI |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : | 0312240028065 |
| 3. Alamat Kantor | : | JL.DATUK RIBANDANG NO.49/31, Desa/Kelurahan Kalukuang, Kec. Tallo, Kota Makassar, 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 | : | Dusun Gemmi, Desa/Kelurahan Bengo, Kec. Bengo, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 92763 |
| 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: 4 Juni 2025

a.n. Bupati Bone
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 4 Juni 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 : 03122400280650001

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, 26 Mei 2025

Nomor surat : 400.7.20/ 2225 / V /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 : SANUR FARMA

Nama Apoteker Penanggung jawab : MUSRIANI, S.Farm.,Apt

Nomor SIPA : NR73082501003525

Alamat Apotek : Dusun Gemmi

Telepon : 085255266455

Desa/ Kelurahan : Bengo

Kecamatan : Bengo

Kabupaten/ Kota : Bone

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek



PARAF HIERARKI

SEKRETARIS	
KEPALA BIDANG	
KASURAG	
JABATAN FUNGSIONAL	H
WAKASAMA	

BERITA ACARA
PENILAIAN KESESUAIAN STANDAR APOTEK
Nomor: 400.7.20/ 2042 / V /DINKES

Pada hari ini rabu tanggal empat belas bulan empat tahun Dua Ribu Dua Puluh lima berdasarkan surat tugas nomor : 400.7.20/ 2926 / V / 2025, tanggal 14 Mei 2025 kami yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama : Hasniah, S.Si, Apt
NIP : 19730621 200502 2 001
Pangkat/Golongan : Pembina IV/a
Jabatan : Apoteker Muda

2. Nama : Alfina Burhan, S.Farm
NIPPK : 19901207 202421 2 001
Pangkat/Golongan : Penata Muda / IX
Jabatan : Administrastor Kesehatan

3. Nama : Hapidah, S.Si.,Apt
NIP : -
Pangkat/Golongan : -
Jabatan : Staf Kefarmasian

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 : SANUR FARMA
Alamat lengkap Apotek : Dusun Gemmi
Kecamatan Bengo
- 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		✓
		-	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.	PLN / GENERATOR			✓
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.	Hp .			✓
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.				✓

Ruang Apotek

1	Ruang pendaftaran/ penerimaan Resep	Terdapat pada bagian paling depan dan mudah terlihat.			<input checked="" type="checkbox"/>
2	Ruang pelayanan Resep dan peracikan	Sesuai Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek			<input checked="" type="checkbox"/>
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.			<input checked="" type="checkbox"/>
4	Ruang Konseling	Dapat menjamin privasi pasien dan komunikasi dua arah antara Apoteker dan pasien.			<input checked="" type="checkbox"/>
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.			<input checked="" type="checkbox"/>
6	Ruang Penyimpanan dokumen administrasi dan data				<input checked="" type="checkbox"/>

Peralatan Apotek

1	Peralatan pada ruang penerimaan Resep sekurang-kurangnya:				
a.	Meja dan Kursi	1 (satu) set	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
b.	Komputer/laptop	1 (satu) set	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
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.				<input checked="" type="checkbox"/>
b.	Meja peracikan	Ada sesuai kebutuhan	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
c.	Wastafel	Ada sesuai kebutuhan	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>

d.	Referensi dan literatur peraturan perundang-undangan bidang kefarmasian baik berupa <i>hardcopy</i> maupun <i>softcopy</i>	Ada sesuai kebutuhan	ISO 2021 PERMENKES 2019 Permenkes 2017 Permenkes 2016 Permenkes 2021 Bantuan Farmasi Kelas		✓
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	Plastik		✓
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	1		✓
b.	Buku Referensi	Ada sesuai kebutuhan			✓
-	Buku standar				✓
-	Kumpulan peraturan perundang-undang terkait praktik kefarmasian		ISO 2021 PERMENKES 2019 Permenkes 2017 Permenkes 2021 Permenkes 2016		✓
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	-		✓
	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	-		-
	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 psikotropika	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) Orang		✓
2	Apoteker penanggung jawab dapat dibantu Apoteker lain dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian, asisten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administrasi	 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	Tidak		-
2	Apoteker tidak melayani dan menyerahkan obat dalam jumlah besar	Hasil pemeriksaan	Tidak		-

3	Apoteker melakukan pengisian self assessment 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 Hasniah, S.Si, Apt

Nip.19730621 200502 2 001

2 Alfina Burhan, S.Farm

Nippk. 19901207 202421 2 001

3 Hapidah, S.Si., Apt





KPP PRATAMA MAKASSAR UTARA

70.186.172.6-801.000

MUSRIANI

NPWP16 : 7371 0745 0588 0010

JL DATUK RIBANDANG NO.49/31, 49/31, RT 007/RW
004, KALUKUANG, TALLO, KOTA MAKASSAR,
SULAWESI SELATAN, 90214



Tanggal Terdaftar 14/05/2014



www.pajak.go.id

Pajak Kita Untuk Kita

npwp.



Kartu ini harus 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



KARTU TANDA PENDUDUK REPUBLIK INDONESIA

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)



PROVINSI SULAWESI SELATAN
KOTA MAKASSAR

NIK : 7371074505880010

Nama : MUSRIANI

Tempat/Tgl Lahir : BENGKO, 05-05-1988

Jenis Kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : O

Alamat : JL. DATUK RIBANDANG NO.
49/31

RT/RW : 007 / 004

Kel/Desa : KALUKUANG

Kecamatan : TALLO

Agama : ISLAM

Status Perkawinan : BELUM KAWIN

Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA

Kewarganegaraan: WNI

Berlaku Hingga : 05-05-2017



KOTA MAKASSAR

23-04-2012

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