



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 25092400733730001

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 Pedagang Besar Farmasi kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- | | |
|---|--|
| 1. Nama Pelaku Usaha | : PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 2509240073373 |
| 3. Alamat Kantor | : JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP RUKO DAYA INDAH B, NO. 3,
Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi
Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 90241 |
| 4. Status Penanaman Modal | : PMDN |
| 5. No. Telepon | : 081390600088 |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia
(KBLI) | : 46441 - Perdagangan Besar Obat Farmasi Untuk Manusia |
| 7. Lokasi Usaha | : Perintis Kemerdekaan Kompleks Ruko Daya Indah No. 3, Desa/Kelurahan
Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 90241 |
| 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: 15 Oktober 2024

**a.n. Menteri Kesehatan
Menteri Investasi/
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,**



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 15 Oktober 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. 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 : 25092400733730001

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
46441	Perdagangan Besar Obat Farmasi Untuk Manusia	Tinggi	<p>Persyaratan:</p> <ul style="list-style-type: none">- Administrasi Umum.- Apoteker penanggung jawab.- Pembayaran PNPB. <p>Kewajiban:</p> <ul style="list-style-type: none">- Standar CDOB yang ditetapkan oleh BPOM.- Surat Izin Praktik Apoteker yang diterbitkan oleh Pemerintah Daerah Kabupaten/Kota.- Menyampaikan laporan kegiatan yang meliputi: Laporan kegiatan penerimaan dan penyaluran obat dan/atau bahan obat setiap triwulan, dan Laporan kegiatan penerimaan dan penyaluran narkotika, psikotropika, dan/atau prekursor farmasi setiap bulan.- Menyampaikan permohonan perubahan izin apabila terdapat: Perubahan nama perusahaan, Perubahan alamat perusahaan, alamat kantor PBF, dan/atau gudang PBF, Pergantian direktur dan/atau apoteker penanggung jawab, dan/atau Perubahan lingkup penyaluran PBF.- Izin Khusus Penyaluran Narkotika bagi PBF yang melakukan penyaluran Narkotika.- Izin Khusus Impor/Ekspor Narkotika bagi PBF yang melakukan impor/ekspor narkotika.	Telah memenuhi persyaratan	Kementerian Kesehatan	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. 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 25092400733730001

Lampiran berikut memuat data teknis Izin Pedagang Besar Farmasi PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA, sebagai berikut:

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Status Permohonan | : | Baru |
| 2. Nama Direktur/Pimpinan | : | Beny Sampeliling Pongmasangka |
| 3. Alamat Kantor PBF Obat | : | Jl.Perintis Kemerdekaan Komp.Ruko Daya Indah B, No.3, Kel. Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Sulawesi Selatan |
| 4. Alamat Gudang Obat | : | Jl.Perintis Kemerdekaan Komp.Ruko Daya Indah B, No.3, Kel. Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Sulawesi Selatan |
| 5. Apoteker Penanggung Jawab Obat | : | apt. Nur Fauziah Fadhilah, S.Farm |
| 6. Nomor Surat Tanda Registrasi Apoteker | : | YE00001216490304 |
| 7. Masa Berlaku | : | berlaku sampai 15 Oktober 2029 dan berlaku untuk seluruh wilayah Indonesia |

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**



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 2509240073373

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 | : PT EVERGREEN MEDIKA HUSADA |
| 2. Alamat Kantor | : JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP RUKO DAYA INDAH B, NO. 3,
Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi
Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 90241 |
| No. Telepon | : 081390600088 |
| Email | : ptevergreenmedikahusada@gmail.com |
| 3. Status Penanaman Modal | : PMDN |
| 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 kepabeanaan, pendaftaran kepesertaan jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan, serta bukti pemenuhan laporan pertama Wajib Laport 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: 25 September 2024

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



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 25 September 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. 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: 2509240073373

Lampiran berikut ini memuat daftar bidang usaha untuk:

No.	Kode KBLI	Judul KBLI	Lokasi Usaha	Tingkat Risiko	Perizinan Berusaha		
					Jenis	Status	Keterangan
1	46441	Perdagangan Besar Obat Farmasi Untuk Manusia	Perintis Kemerdekaan Kompleks Ruko Daya Indah No. 3, Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan Kode Pos: 90241	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 REPUBLIK INDONESIA

**PERIZINAN BERUSAHA UNTUK MENUNJANG KEGIATAN USAHA
SERTIFIKAT CARA DISTRIBUSI OBAT YANG BAIK
LAMPIRAN**

PBUMKU : 250924007337300010002

Nomor Sertifikat : CDOB5410/S/4-6523/10/2025
Certificate Number
Nama PBF : EVERGREEN MEDIKA HUSADA
Name
Alamat Kantor : JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP.RUKO DAYA INDAH B, NO.3,
Office Address KEL. DAYA, KEC. BIRINGKANAYA, MAKASSAR - SULAWESI SELATAN
Alamat Gudang : JL. PERINTIS KEMERDEKAAN KOMP.RUKO DAYA INDAH B, NO.3,
Warehouse Address KEL. DAYA, KEC. BIRINGKANAYA, MAKASSAR - SULAWESI SELATAN
Aktivitas : Distribusi Produk Obat lainnya
Activity *Medicinal Products except Narcotics and Cold Chain Products*
Distribution
Berlaku sampai dengan : 6 Oktober 2030
Valid until

Perizinan berusaha untuk menunjang kegiatan usaha ini dapat dibatalkan apabila terjadi perubahan yang mengakibatkan tidak dipenuhinya persyaratan Cara Distribusi Obat yang Baik berdasarkan Peraturan.
Should there occur any changes resulting in dissatisfaction of Good Distribution Practices in pursuance of the Decree, the license will be revoked.

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**



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makassar 90171
Website: dpmptsp.makassarkota.go.id



SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

Nomor: 503/22206/SIP.A/DPM-PTSP/10/2024

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. NUR FAUZIAH FADHILAH., S.Farm

Jenis Praktek : Surat Izin Praktik (SIP)
Tempat, tanggal lahir : Makassar, 2000-07-02
Alamat : Jl. H. Kalla Panaikang Indah D/4, Kota Makassar
Tempat Praktik yang ke-1 : PT. Evergreen Medika Husada;
Kelurahan : Daya
Kecamatan : Biringkanaya
Jalan : Jl. Perintis Kemerdekaan Kompleks Ruko Daya Indah Blok. B
No. 3, Kota Makassar
Jadwal Praktek : Senin-Sabtu
Jam 08.00-16.00 WITA
No. STR : YE00001216490304
SIP berlaku sampai : 7 Oktober 2029
No. Rekomendasi Dinkes : 440/16490/Rek.A/DKK/X/2024
Untuk Praktik sebagai : **Apoteker Penanggung Jawab**



Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal: 07 Oktober 2024



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

HELMY BUDIMAN, S.STP., M.M.

Tembusan :

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Peringgal,-

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik.

NOMOR WA APJ : 081290732211

NPWP PERUSAHAAN :



KTP PEMILIK :





PROVINSI SULAWESI SELATAN	
KOTA MAKASSAR	
NIK	: 2371094207000008
Nama	: NUR FAUZIAH FADHILAH
Tempat/Tgl Lahir	: MAKASSAR, 02-07-2000
Jenis kelamin	: PEREMPUAN Gol. Darah :-
Alamat	: J. H KALLA PANA KANG
	: BANGSAH D / 4
RT/RW	: 005/503
Kel/Desa	: PANA KANG
Kecamatan	: PANA KUKANG
Agama	: ISLAM
Status Perkawinan	: BELUM KAWIN
Pekerjaan	: PELAJAR/MAHASISWA
Kewarganegaraan	: WNI
Berlaku Hingga	: SEUMUR HIDUP



KOTA MAKASSAR
12-07-2017



Stampel
PT. Evergreen Medika Husada



TID
Apoteker RJ

ap. Nur Fauziah Fathulal, S farm

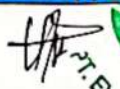



PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA

FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)







Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. PERUMUS BEMERDEKAAN KOMP DAYA NDAN B, NO. 3. DESA/ KEL.
 DAYA, KEC. BANGKALAYA, KOTA MALANG, PROV. SULAWESI SELATAN
 No NPWP (*) : 07.784.302.7 - 801.000
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS, dan Toko Obat) : 2509240073373001
 Masa berlaku : 19/10/2029
 No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku :
 No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku :
 Sertifikat CDOB PBF (*) : CDOB 9410 / s / A - 0523 / 10 / 2025 Masa Berlaku : 06 / 10 / 2030

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Nur Fauziah Fauziah	003/1124004/PPN-PTM/02	7 Oktober 2029	081290732211
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 API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
		-	-		
Nama : Nur Fauziah Fauziah	Nama : PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA	Nama :	Nama :	Nama : PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) : Nur Fauziah Fauziah
 Handphone : 081290732211 Telpon :
 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Nur Fauziah Fauziah
 Handphone : 081290732211 Telpon :
 Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Caelia D. Safry Lahir
 Handphone : 081292409325 Telpon :

Spesimen Bagian Perawatan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stempel	Tanda Tangan	Stempel	Tanda Tangan	Stempel
					
Nama : Nur Fauziah Fauziah	Nama :	Nama : Nur Fauziah Fauziah	Nama :	Nama : Celesta D. Sapta Laily	Nama :

Disetujui Oleh		Disertifikasi Oleh
Marketing	Ruanggizi	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 : NUR FAUZIAH FADHILAH
Tempat/Tgl lahir : MAKASSAR, 2 Juli 2000
Alamat : BTP

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA
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, 29/11/2025
Menyetujui,

Nur Fauziah Fadhillah
PT. EVERGREEN MEDIKA HUSADA

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