



## FORM SPESIMEN RELASI

### DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : PT. Tytina Farma Jaya.....

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. KH DEWANTARA.....  
.....

No NPWP (\*) : 13.787.383.2-951.000.....

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 10072401144230001

dan Toko Obat) Masa berlaku .....

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : ..... Masa Berlaku .....

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : ..... Masa Berlaku .....

Sertifikat CDOB PBF (\*) : 100724011442300010001 Masa Berlaku.. 14 AGUSTUS 2030

APJ / Apoteker Pendamping / TTK		Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)	Apt. Lathifatus Shalihah, S. Si	504/1/SIPA/DPMPTSP-FF/2025 1 JULI 2027		085397900561
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 Outlet(*)
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

### Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : Apt. Lathifatus Shalihah, S. Si

Handphone : 085397900561 Telpon : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Arif Rumoning

Handphone : 082248459606 Telpon : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Berlian Permatasari Achmad

Handphone : 082150260763 Telpon : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)																	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel																
Nama : Arif Rumoning	PT. TYTINA FARMA JAYA	Nama : Arif Rumoning	PT. TYTINA FARMA JAYA	Nama : Berlian Permatasari Achmad	Nama : KAB FARMA																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Diperiksa Oleh</th> <th colspan="2">Divertifikasi Oleh</th> </tr> <tr> <th>Marketing</th> <th>Keuangan</th> <th colspan="2">APJ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Nama : Tgl :</td> <td>Nama : Tgl :</td> <td colspan="2">Nama : Tgl :</td> </tr> </tbody> </table>						Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh		Marketing	Keuangan	APJ						Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	
Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh																			
Marketing	Keuangan	APJ																			
Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Nama : Tgl :																			

**Keterangan:**

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

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Arini A. Justity Sultan, S.H.  
Tempat/Tgl lahir : 31 mei 2002  
Alamat : JL Pule KAV MA

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari PT. Tytina Farma Jaya 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 ucapan terima kasih.



\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 1007240114423

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 TYTINA FARMA JAYA
2. Alamat Kantor	: Toko Budi Jalan Izak Telussa nomor 89, Desa/Kelurahan Fak Fak Selatan, Kec. Fak-Fak, Kab. Fak Fak, Provinsi Papua Barat, Kode Pos: 98011
No. Telepon	: 082112609629
Email	: tytinafarmajaya@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 kepabeanan, 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: 10 Juli 2024

Menteri Investasi dan Hilirisasi/  
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 22 April 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 BSsE-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: 1007240114423

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	Jalan Izak Telussa No. 89, Desa/Kelurahan Fak Fak Selatan, Kec. Fak-Fak, Kab. Fak Fak, Provinsi Papua Barat Kode Pos: 98611	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 BSsE-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 BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





**PEMERINTAH KABUPATEN FAKFAK**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jl. Jend. Sudirman, Wagom, Pariwari, Fakfak, Papua Barat (98611)  
email : dpmptsp\_ff@yahoo.com website : http://dpmptsp.fakfakkab.go.id

**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**  
**NOMOR : 504/1/SIPA/DPMPTSP-FF/2025**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 31 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian dan Peraturan Bupati Fakfak Nomor 8 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu di Kabupaten Fakfak, yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Fakfak memberikan Izin Praktik kepada:

**Apt.LATHIFATUS SHALIHAH, S.Si**

Tempat, Tanggal Lahir :	Sorong, 16 Juli 1995
Alamat	: Jl. Yos Sudarso RT/RW:019/003, Wagom, Pariwari, Fakfak, Papua Barat
Nomor STRA	: HC00000448089273
STRA Berlaku s.d.	: Seumur Hidup
Untuk Praktik sebagai	: Apoteker
Nama Tempat Praktik	: PT. Tytina Farma Jaya
Alamat Praktik	: Jl. K.H Dewantara, Fakfak Utara, Fakfak, Fakfak, Papua Barat
SIPA Berlaku s.d.	: 1 Juli 2027

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

Dikeluarkan di: Fakfak  
Pada tanggal : 5 Maret 2025

a.n. BUPATI FAKFAK  
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN  
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
KABUPATEN FAKFAK,

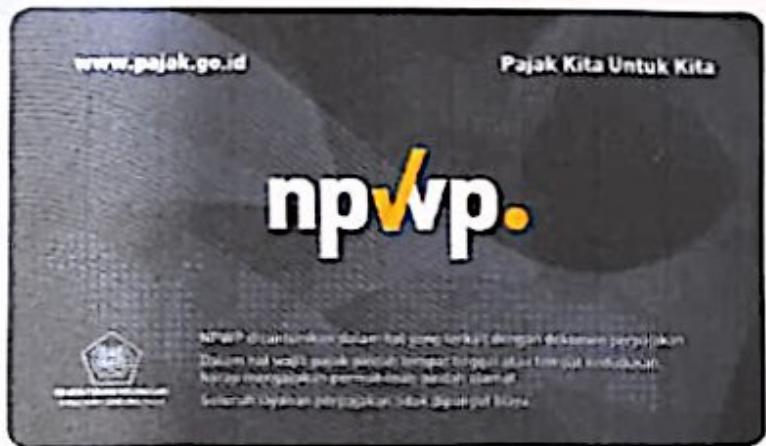


MUHASIM NAMUDAT, SE., M.Si  
NIP. 196910132001111001



Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Fakfak
2. Ketua Ikatan Apoteker Indonesia Cabang Fakfak





## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA UNTUK MENUNJANG KEGIATAN USAHA SERTIFIKAT CARA DISTRIBUSI OBAT YANG BAIK PB-UMKU: 100724011442300010001

Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan Perizinan Berusaha Untuk Menunjang Kegiatan Usaha (PB-UMKU), yang merupakan Sertifikat Cara Distribusi Obat yang Baik kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                       | : PT TYTINA FARMA JAYA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                              | : 1007240114423   |
| 3. Alamat Kantor   | : JL. KH. Dewantara, Desa/Kelurahan Fak Fak Selatan, Kec. Fak-Fak, Kab. Fak Fak, Provinsi Papua Barat<br>Kode Pos: 98011        |
| 4. Status Penanaman Modal                                  | : Penanaman Modal Dalam Negeri (PMDN)   |
| 5. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha : Indonesia (KBLI) | : 46441 - Perdagangan Besar Obat Farmasi Untuk Manusia  |
| 6. Lokasi Usaha  | : Jalan Izak Telussa No. 89 Desa/Kelurahan Fak Fak Selatan, Kec. Fak-Fak, Kab. Fak Fak, Provinsi Papua Barat<br>Kode Pos: 98611 |

#### Telah Memenuhi Persyaratan:

1. Standar dan Persyaratan Sertifikasi Cara Distribusi Obat yang Baik.
2. Standar Cara Distribusi Obat yang Baik.
3. Sertifikat Distribusi Farmasi/ Sertifikat Distribusi Cabang Farmasi.

Lampiran Perizinan Berusaha Untuk Menunjang Kegiatan Usaha ini memuat data teknis yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari dokumen ini. Pelaku Usaha tersebut di atas wajib menjalankan kegiatan usahanya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Diterbitkan tanggal: 14 Agustus 2025

a.n. Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan  
Menteri Investasi dan Hilirisasi/  
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 14 Agustus 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 BSe-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 : 100724011442300010001**

<u>Nomor Sertifikat</u>	:	CDOB5404/S/4-6473/08/2025
<i>Certificate Number</i>		
<u>Nama PBF</u>	:	TYTINA FARMA JAYA
<i>Name</i>		
<u>Alamat Kantor</u>	:	JL. KH. DEWANTARA RT/RW 004/000, KELURAHAN FAK-FAK SELATAN, KECAMATAN FAK-FAK, FAKFAK - PAPUA BARAT
<i>Office Address</i>		
<u>Alamat Gudang</u>	:	JL. KH. DEWANTARA RT/RW 004/000, KELURAHAN FAK-FAK SELATAN, KECAMATAN FAK-FAK, FAKFAK - PAPUA BARAT
<i>Warehouse Address</i>		
<u>Aktivitas</u>	:	Distribusi Produk Obat lainnya
<i>Activity</i>		<i>Medicinal Products except Narcotics and Cold Chain Products Distribution</i>
<u>Berlaku sampai dengan</u>	:	14 Agustus 2030
<i>Valid until</i>		

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 dokument ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



TYTINA FARMA JAYA

TJ

BANK BRI

1081 0100 0622 560