



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 17122401210490001

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  | : | PT APOTEK DAKOTA FARMA  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                               | : | 1712240121049   |
| 3. Alamat Kantor  | : | Jl. Yos Sudarso, Desa/Kelurahan Bajoe, Kec. Tanete Riattang Timur, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92716 |
| 4. Status Penanaman Modal                                   | : | PMDN  |
| 5. No. Telepon  | : | 085336550970  |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia<br>(KBLI) | : | 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia<br>Di Apotik   |
| 7. Lokasi Usaha   | : | Jl. Yos Sudarso, Desa/Kelurahan Bajoe, Kec. Tanete Riattang Timur, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92716 |
| 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: 6 Februari 2025

a.n. Bupati Bone  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Bone,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 6 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 : 17122401210490001

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 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, 04 Februari 2025

Nomor surat : 400.7.20/ 450 / 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 : DAKOTA FARMA

Nama Apoteker Penanggung jawab : apt. NUR ANISA, S.Si

Nomor SIPA : NR73082412008975

Alamat Apotek : Jl. Yos Sudarso

Telepon : 082220849464

Desa/ Kelurahan : Bajoe

Kecamatan : Tanete Riattang Timur

Kabupaten/ Kota : BONE

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek



**PARAF HIERARKI**

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| SEKRETARIS         |           |
| KEPALA BIDANG      | <i>hy</i> |
| KASUBAG            |           |
| JABATAN FUNGSIONAL | <i>hy</i> |
| PELAKSANA          |           |

**BERITA ACARA**  
**PENILAIAN KESESUAIAN STANDAR APOTEK**  
**Nomor: 400.7.20/ 384 / I /DINKES**

Pada hari ini jumat tanggal dua puluh empat bulan Satu tahun Dua Ribu Dua Puluh Lima berdasarkan surat tugas nomor : 400.7.20/ 496 / I / 2025, tanggal 24 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 : Apriliana Haryesa Harun, S.Farm, 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 : DAKOTA FARMA  
Alamat lengkap Apotek : Jl. Yos Sudarso  
Kecamatan Tanete Riattang Timur

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

Dokumen

| 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                       | BDR - | ✓ |
|   |                                | - | 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.  |  |  |   |

#### Ruang Apotek

|   |  |   |  |  |   |
|---|--|---|--|--|---|
| 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, Alat 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         |  |  | ✓ |
| 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               | Farmakope III      | ✓ |
| -  | Buku standar   |                                    | l50 Vol. 52/2019   | ✓ |
| -  | Kumpulan peraturan perundang-undang terkait praktik kefarmasian  |                                    | Permenkes 73/2016. | ✓ |
| c. | Leaflet  | Ada sesuai kebutuhan               |                    | - |
| d. | Poster   | Ada sesuai kebutuhan               |                    | - |
| e. | Alat bantu konseling   | Ada sesuai kebutuhan               |                    | - |
| f. | Tempat untuk mendisplai 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) | .....!.....<br>Orang |  | ✓ |
| 2  | Apoteker penanggung jawab dapat dibantu Apoteker lain dan/atau Tenaga Teknis Kefarmasian, asisten tenaga kefarmasian dan/atau tenaga administrasi   |   | ....4....<br>Orang   |  | ✓ |
| 3  | Jumlah Apoteker dan tenaga lain disesuaikan dengan jam operasional Apotek dan mempertimbangkan analisa beban kerja  | - Data jam operasional Apotek<br>- 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 perundangan. |   |                      |  | ✓ |

#### 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 Apriliana Haryesa Harun, S.Farm.,Apt

Mengetahui,  
Plt. Kepala.Dinas Kesehatan Kab.Bone



drg. H.YUSUF, M.Kes

Pangkat : Pembina TK 1/IV b  
NIP. 19710501 200212 1 005



**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: NR73082412008975**

**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** : Nur Anisa

**Tempat/ Tanggal Lahir** : Bone, 07 Juni 2000

**Alamat Rumah** : JL. MT. Haryono, Desa/Kel. Macanang, Kec. Tanete Riattang Barat, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker

**Alamat Praktik** : APOTEK DAKOTA FARMA, JL. YOS SUDARSO Desa/Kel. Bajoe, Kec. Tanete Riattang Timur, Bone, Provinsi Sulawesi Selatan

**Nomor STR** : MG00001256113938

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 28 Desember 2029



Dikeluarkan di : Kabupaten Bone

Pada Tanggal : 30 Desember 2024

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  
NOMOR INDUK BERUSAHA: 1712240121049

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 APOTEK DAKOTA FARMA   |
| 2. Alamat Kantor   | : Jl. Yos Sudarso, Desa/Kelurahan Bajoe, Kec. Tanete Riatang Timur, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>Kode Pos: 92716 |
| No. Telepon  | : 085336550970   |
| Email  | : dr.nurakbar@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 kepentingan, 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: 17 Desember 2024

Menteri Investasi dan Hidrasi/  
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 17 Desember 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 kesalahan 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: 1712240121049

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 | Jl. Yos Sudarso, Desa/Kelurahan Bajoe, Kec. Tanete Riatang Timur, Kab. Bone, Provinsi Sulawesi Selatan<br>Kode Pos: 92716 | Tinggi         | NIB<br>Izin        | Terbit<br>- Belum Terbit<br>- Lakukan pemenuhan persyaratan izin melalui oss.go.id paling lambat 90 (sembilan puluh) hari kerja sebelum waktu perkiraan mulai beroperasi/berproduksi | 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 (KL).
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.



Balai  
Sertifikasi  
Elektronik



KPP PRATAMA WATAMPONE

**28.831.692.0-808.000**

**PT. APOTEK DAKOTA FARMA**

NPWP16 : 0288 3169 2080 8000



JL. YOS SUDARSO  
BAJOE, TANETE RIATTANG TIMUR  
KAB. BONE SULAWESI SELATAN  
Tanggal Terdaftar 17/12/2024



djp

NOMOR POKOK WAJIB PAJAK

288316920808000

NOMOR POKOK WAJIB PAJAK 16 DIGIT

0288 3169 2080 8000

NOMOR INDUK TEMPAT KEGIATAN USAHA (NITKU)

02883169208080000000

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN BONE

NIK : 7308214706000003

Nama : NUR ANISA  
Tempat/Tgl Lahir : BONE, 07-06-2000  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-  
Alamat : JL. MT. HARYONO  
RT/RW : 000/000  
Kel/Desa : MACANANG  
Kecamatan : TANETE RIATTANG BARAT  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BONE  
16-02-2018



PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN BONE

NIK : 7308221704890004

Nama : dr. NUR AKBAR, S.Ked  
Tempat/Tgl Lahir : JAKARTA, 17-04-1989  
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : O  
Alamat : JL. MT. HARYONO  
RT/RW : 003/003  
Kel/Desa : MACANANG  
Kecamatan : TANETE RIATTANG BARAT  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: BELUM KAWIN  
Pekerjaan : DCKTER  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



BONE  
19-08-2018





## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

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

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Yos Sudarso, Kel. Bojone, Kec. Tanjung Riatang Timur,  
Kab. Bone, Sulsel

No NPWP (\*) : 0288 3169 2000 0000

17122401210499001

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

dan Toko Obat) Masa berlaku ..... 6 Februari 2030

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 Ijin Praktek/SIUP (*) | Masa Berlaku (*) | Kontak (*)    |
|---|---------------------------------|--------------|--------------------------------|------------------|---------------|
| 1 | Apoteker Penanggung Jawab (*)   | Nur Anisa    | NRP73002912000975              | 20 Desember 2029 | 0822201499169 |
| 2 | Apoteker Pendamping 1           |              |                                |                  |               |
| 3 | Apoteker Pendamping 2           |              |                                |                  |               |
| 4 | Tenaga Teknis Kefarmasian 1     | Erika Rahayu | NRP73002501004900              | 10 Januari 2030  | 081323163299  |
| 5 | Tenaga Teknis Kefarmasian 2     |              |                                |                  |               |
| 6 | Tenaga Teknis Kefarmasian 3     |              |                                |                  |               |

## Spesimen tanda tangan

| Tanda Tangan API (*) | Stempel (*) | Tanda Tangan AR | Stempel | Tanda Tangan | Stempel Kantor(*) |
|----------------------|-------------|-----------------|---------|--------------|-------------------|
|                      |             |                 |         |              |                   |

Nama : Nur Anisa

Nama : Nama : Nama : Nama : Nama : Nama :

APOTEK DAKOTA

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (\*) : dr. Nur Akbar

Handphone : 0853 3655 0970 Telpo : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....

Handphone : ..... Telpo : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : dr. Nur Akbar

Handphone : 0853 3655 0970 Telpo : .....

|                            |        |                                   |        |                                |        |
|----------------------------|--------|-----------------------------------|--------|--------------------------------|--------|
| Spesimen Bagian Penerimaan |        | Spesimen Bagian Penerimaan Barang |        | Spesimen Bagian Pembayaran (*) |        |
| Kode Tempat                | Nomor  | Kode Tempat                       | Nomor  | Kode Tempat                    | Nomor  |
|                            |        |                                   |        |                                |        |
| Nama : dr. Nur Akbar       | Nama : | Nama :                            | Nama : | Nama : dr. Nur Akbar           | Nama : |

APOTEK DAKOTA

APOTEK DAKOTA

| Diperlukan oleh |          | Diverifikasi oleh |
|-----------------|----------|-------------------|
| Marketing       | Konsumen | Saya              |
|                 |          |                   |
| 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 Akbar  
Tempat/Tgl lahir : Jakarta, 17 April 1989  
Alamat : Jl. Mt. Haryono, Kel. Nacanang, Kec. Tamal Riau Barat, Kab. Bone

Adalah sebagai *Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili* dari Apotek Datoa Farma

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. Sampharindo 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. Menginformasi 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