



**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU TIMUR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU**

Alamat : Jl. Soekarno Hatta, Kecamatan Malili, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan
No. Telp. 0812 3457 7756 Website : www.dpmptsp.luwutimur.go.id
email : dpmptsp@luwutimurkab.go.id

SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 500.16.7.2/237/SIK/DPMPTSP-LT/V/2025

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 80 Tahun 2023 tentang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha di Daerah Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin praktek/kerja kepada :

Nama	: apt. Mahira Miftahunnisa, S.Si.
Tempat / Tgl. Lahir	: Lamasi, 10 Desember 2001
Alamat Rumah	: Jl. Sawerigading, Puncak Indah, Malili
Nomor STR	: JX00001582077018
Nomor Rekomendasi	: 400.7.20.1/037-REK/DINKES/2025, Tanggal 14 Mei 2025
Jenis Tenaga Kesehatan	: Apoteker (SIPA) yang Kesatu
Untuk Praktek/Kerja	: Pada Sarana Swasta
Waktu Praktek	: - Hari : Senin - Sabtu - Jam : 15.00 - 22.00 Wita
Berlaku sampai dengan : 14 Mei 2030	
Sebagai	: Apoteker Penanggung Jawab
No. Hp	: 081244654880

Untuk melaksanakan praktek/kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Wizard, Jl. Dr. Sam Ratulangi, Puncak Indah, Malili**. Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.
- KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.



Ditetapkan di : Malili
Pada Tanggal : 16 Mei 2025
An. **Bupati Luwu Timur**
Plt. Kepala DPMPTSP



ABDUL WAHID RAHIM SANGKA,SP,M.SI

Pangkat : Pembina Utama Muda (IV.c)
NIP. 19690126 199803 1 004

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 08042200388140004

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 WIZARD MEDICAL CENTRE |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 0804220038814 |
| 3. Alamat Kantor | : BTN WIJA VIRGO BLOK F , Desa/Kelurahan Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92936 |
| 4. Status Penanaman Modal | : PMDN |
| 5. No. Telepon | : 081242144660 |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik |
| 7. Lokasi Usaha | : Jl. DR. Sam Ratulangi, Desa/Kelurahan Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92981 |
| 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: 20 Maret 2024

Perubahan ke-2, Tanggal: 6 Agustus 2025

a.n. Bupati Luwu Timur
Kepala DPMPTSP Kabupaten Luwu Timur,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 7 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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO LAMPIRAN IZIN : 08042200388140004

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 Luwu Timur	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 REPUBLIK INDONESIA
PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
IZIN APOTEK 08042200388140004

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

Status Permohonan	:	Perpanjangan
Nama Apotek	:	APOTEK WIZARD
Alamat Apotek	:	Jl. Dr. Sam Ratulangi, Desa Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Prov. Sulawesi Selatan.
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Mahira Miftahunnisa, S.Si
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/237/SIK/DPMPTSP-LT/V/2025
Masa Berlaku SIPA	:	14-05-2030
Masa Berlaku	:	Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.

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. Data lengkap Perizinan,
4. Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7324045012010002

Nama : MAHIRA MIFTAUNNISA

Tempat/Tgl Lahir : LAMASI, 10-12-2001

Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : O-

Alamat : JL. SAWERIGADING

RT/RW : 001/000

Kel/Desa : PUNCAK INDAH

Kecamatan : MALILI

Agama : ISLAM

Status Perkawinan: BELUM KAWIN

Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA

Kewarganegaraan: WNI

Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR

18-04-2019

MS

npwp.

KPP PRATAMA PALOPO

63.918.521.4-803.000

PT. WIZARD MEDICAL CENTRE

NPWP16 : 0639 1852 1480 3000



**BTN WIJA VIRGO BLOK. F RT. 001
PUNCAK INDAH MALILI
KAB. LUWU TIMUR SULAWESI SELATAN
Tanggal Terdaftar 30/03/2022**



PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7324047007840001

Nama : IRAWATI
Tempat/Tgl Lahir : KAREBBE, 30-07-1984
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : A
Alamat : BTN WIJA VIRGO BLOK F
RT/RW : 001/000
Kel/Desa : PUNCAK INDAH
Kecamatan : MALILI
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : PERAWAT
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR
13-08-2021

ZM

FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : **APOTEK WIZARD**

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : **JL. dr. Sam Ratulangi, Desa Puncak Indah,
Kec. Makili, Kab. Luwu Timur.**

No NPWP (*) : **63.918.521.4 - 803.000**

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS:
dan Toko Obat) Masa berlaku

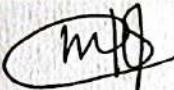
No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

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 (*)	apt. Mahira M.Si.	500.16.7.2/237/31K/DMPISP-LT/v/e025	14-05-2030	081 244 654 880
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(*)
					 APOTEK WIZARD
Nama : apt. Mahira M.	Nama : apt. Mahira M.	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : **Apt. Mahira Miftahunnisa, S.Si.**

Handphone : **081 244 654 880** Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : **Ns. Irawati, S.Kep.**

Handphone : **081 242 199 660** Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : Mulyati		Nama :	Nama :	Nama : Ns. Irawati	Nama :

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 : Ns. Irawati , S.Kep
Tempat/Tgl lahir : Karetbe / 30 Juli 1984
Alamat : BTN Wija Virgo Blok F

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **Apotek Wizard**
menyatakan bersedia dan berkomitmen untuk memenuhi persyaratan kerja sama
dengan PT. SAMPHARINDO PUTRA TRADING CABANG MAKASSAR, dengan rincian
persyaratan sebagai berikut:

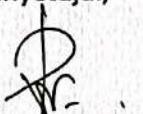
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "transfer" ke rekening resmi
PT. Samphrindo Putra Trading
BCA (REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami atau langsung 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.

Malik....07,/08/2024

Menyetujui,


(Ns. Irawati, S.Kep.)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili