



PEMERINTAH KABUPATEN LUWU UTARA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
(DPMPTSP)

Jalan Simpurusiang Kantor Gabungan Dinas No.27 Telp/Fax 0473-21536 Kode Pos 92961 Masamba

SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 20752/03941/SIPA/DPMPTSP/XI/2022

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Luwu Utara memberikan izin Praktik kepada :

Nama	:	Apt. Novi Lia Sari, S.Farm
Tempat / Tanggal Lahir	:	Burau, 22 Oktober 1993
Alamat	:	Dusun Sidourip, Desa Sidomukti Kecamatan Bone-Bone, Kab. Luwu Utara
Nomor STR	:	28 28 7 2 2 22-93102206
No. Rekomendasi Dinkes Luwu Utara	:	430/4268/Dinkes
Tempat Praktik	:	Apotek Rawinta Farma
Alamat Tempat Praktik	:	Sidourip, Desa Sidomukti Kecamatan Bone-Bone Kab. Luwu Utara
Untuk Praktik sebagai	:	Apoteker di Apotek Rawinta Farma

Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA) ini berlaku dari tanggal 03 November 2022 sampai dengan 22 Oktober 2027

Diterbitkan di : Masamba
Pada Tanggal : 04 November 2022

KEPALA DINAS

AHMAD YANI, ST
NP : 196604151998031007

Retribusi : Rp. 0,00

No. Seri : 20752



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
IZIN : 22072200184620001

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2020 tentang Cipta Kerja, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan IZIN APOTEK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- | | |
|--|--|
| 1. Nama Pelaku Usaha | : NOVI LIA SARI |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 2207220018462 |
| 3. Alamat Kantor | : DSN. SIDOURIP, Desa/Kelurahan Sidomukti, Kec. Bone Bone, Kab. Luwu Utara, 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 | : Dsn. Sumberjaya, Desa/Kelurahan Sukaraya, Kec. Bone Bone, Kab. Luwu Utara, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 92966 |
| 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: 9 November 2022

**a.n. Bupati Luwu Utara
Kepala DPMPTSP Kabupaten Luwu Utara,**



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 9 November 2022

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">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 : 22072200184620001

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">- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Luwu Utara	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.



npwp.

KPP PRATAMA PALOPO

42.105.824.9-803.000

ERIK GUNAWAN

NPWP16 : 7322 0228 0598 0001



JALAN POROS DESA SUKARAYA, SUKARAYA, BONE
BONE, KAB. LUWU UTARA, SULAWESI SELATAN, 92966

Tanggal Terdaftar 09/04/2021



djp



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

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

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Pusun....Cinta mulya, Desa Sukaraya, Kec. Bone-bone, Kab. Luwu Utara, Prov. Sulawesi Selatan

No NPWP (*) : 42.105.829.9 - 803.000.

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 22.0722.D.01.8462.0001 (NIB))

dan Toko Obat) Masa berlaku 09 November 2027

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 (*)	Novi Lila Sari	20752/08941/EPA/	22/10/2027	0852-5519-3471
2	Apoteker Pendamping 1		DPMPTSP/XI/2022		
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 : Novi Lila Sari	Nama :	Nama : Novi Lila Sari	Nama : No	Nama : Novi Lila Sari	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Erik Gunawan

Handphone : 082 349 079 169 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Erik Gunawan

Handphone : 082 349 079 169 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Erik Gunawan

Handphone : 082 349 079 169 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : Erik Gunawan	Nama :	Nama : Erik Gunawan	Nama :	Nama : Erik Gunawan	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	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 : Erik Gunawan
Tempat/Tgl lahir : Sukaraya, 23 Mei 1998
Alamat : Desa Sukaraya, Kec. Bone-Bone, Kab. Luwu Utara

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. 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.

Bone-Bone, 19, Juli 2025

Menyetujui,



(Erik Gunawan)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili