



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: 503/18080/SIP.A/DPM-PTSP/7/2024

Berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaran 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. SRIANI ALIMUDDIN., S.Si**

Jenis Praktek : Surat Izin Praktik (SIP)  
Tempat, tanggal lahir : Pangkep, 1988-12-04  
Alamat : Perumahan Bumi Berua Indah Blok C.3 no.8 Makassar  
Tempat Praktik yang ke-1 : Apotek Lifiyura;  
Kelurahan : Daya  
Kecamatan : Biringkanaya  
Jalan : Jl. Kapasa Raya No.39 A Makassar  
No. STR : PQ00000976208261  
SIP berlaku sampai : 10 Juli 2029  
No. Rekomendasi Dinkes : 440/13702/Rek.A/DKK/VII/2024  
Untuk Praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab



**Ditetapkan di Makassar**

**Pada tanggal: 10 Juli 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. Pertinggal,-

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik.



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 06062400245170001

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                                     | : SRIANI ALIMUDDIN   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 0606240024517  |
| 3. Alamat Kantor   | : PERUMAHAN BUMI BERUA INDAH BLOK C.3 NO.8 , Desa/Kelurahan Berua, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, 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  | : JL KAPASA RAYA NO 39 A MAKASSAR, Desa/Kelurahan Daya, Kec. Biringkanaya, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90241 |
| 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: 19 Juli 2024

a.n. Wali Kota Makassar  
Kepala DPMPTSP Kota Makassar,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 19 Juli 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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.



## PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

### PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO LAMPIRAN IZIN : 06062400245170001

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 Kota Makassar	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.

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Dokumen ini diterbitkan sistem OSS berdasarkan data dari Pelaku Usaha, tersimpan dalam sistem OSS, yang menjadi tanggung jawab Pelaku Usaha.</li><li>2. Dalam hal terjadi kekeliruan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.</li><li>3. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.</li></ol> |
|---|



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN APOTEK 06062400245170001**

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

Status Permohonan	:	Perpanjangan
Nama Apotek	:	APOTEK LIFIYURA
Alamat Apotek	:	Jl. Kapasa Raya No.39 A Makassar
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Sriani Alimuddin., S.Si
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	503/18080/SIP.A/DPM-PTSP/7/2024
Masa Berlaku SIPA	:	10-07-2029
Nomor SSA	:	440/2149/PSDK-DKK/VII/2024
Masa Berlaku	:	Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.



**FORM SPESIMEN RELASI**

**DATA RELASI (Legal Doc)**

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : Apotek LIPYURA  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Kapasa Raya NO.39 A

No NPWP (\*) : 66.994.922.0-001.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek) Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 06062400245170001  
dan Toko Obat) Masa berlaku .../.../2019

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 Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	apt. Sriani Alimuddin	503/00060/SIP.A/OPM-PTSP/7/2024	10/7/2019	085209559521-
2 Apoteker Pendamping 1	apt. Nabilah Salsabila	503/17570/SIP.A/OPM-PTSP/7/2024.	1/7/2019	082291987828-
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Hardianati, Amd. pmb	503/822411/SIPTTK/KEB/OPM-PTSP/11/2022	3/6/2022	
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2	Azlan syah, S.parm			
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3	Q. Nur Wahyu	503/27858/SIP.TTK/OPM-PTSP/3/2025	20/5/2029	

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet (*)
Nama : Sriani.A	Nama : APOTEK LIPYURA JL. KAPASA RAYA NO.39A TELP. 0411 516199	Nama :	Nama :	Nama : Nabila	Nama : Nabila

**Data Relasi (Operasional)**

ma PIC Bagian Pemasaran (\*) : apt. Nabilah Salsabila, S.parm.  
ndphone : 082291987828 Telpon : .....

ma Pic Bagian Penerimaan Barang : ..... Telpon : .....

ndphone : .....

ma PIC Bagian Pembayaran(\*) : ..... Telpon : .....

ndphone : .....

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	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 : Nabila Salsabila  
Tempat/Tgl lahir : Ujung Pandang, 12 Juni 1999  
Alamat : JL. Birin Romang NO. 91

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.

Makassar 22/10/2025



\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



npwp.

KPP PRATAMA MAKASSAR UTARA

66.774.922.0-801.000

KLINIK LIFIYURA

NPWP16 : 0667 7492 2080 1000



JL KAPASA RAYA, 41 A, DAYA, BIRINGKANAYA, KOTA  
MAKASSAR, SULAWESI SELATAN, 90241

Tanggal Terdaftar 26/03/2014



djp