



SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

Nomor: 503/25994/SIP.A/DPM-PTSP/1/2025

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. RADIYA, S.Farm

Jenis Praktek : Surat Izin Praktik (SIP)
Tempat, tanggal lahir : Ujung Pandang, 14-03-1991
Alamat : Jl. Karantina No.19, Makassar
Tempat Praktik yang ke-1 : Apotek SS-75 Farma;
Kelurahan : Karuwisi
Kecamatan : Panakkukang
Jalan : Jl. Maccini Raya Ruko Pim No.5, Makassar
Jadwal Praktek : Senin - Sabtu, Jam 08.00 - 16.00 WITA
No. STR : WG00001518090436
Masa berlaku SIP : 22 Januari 2025 - 14 Maret 2030
No. Rekomendasi Dinkes : 440/18549/Rek.A/DKK/I/2025
Untuk Praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab



Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal: 22 Januari 2025



Ditandatangani secara elektronik oleh
Pih. KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA MAKASSAR

Dra. A. INDRAWATY BR, M.Si.

Tembusan :

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Pertinggal,-





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 25102100404580002

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 | : | RADIYA |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : | 2510210040458 |
| 3. Alamat Kantor | : | JL. KARANTINA NO.17 , Desa/Kelurahan Sinrijala, Kec. Panakkukang, 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. MACCINI RAYA RUKO PIM NO. 5 MAKASSAR, Desa/Kelurahan Karuwisi, Kec. Panakkukang, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90232 |
| 6. Skala Usaha | : | Usaha Mikro |
| 7. Perpanjangan atas Izin | : | PERPANJANGAN IZIN APOTEK |
| - Nama Izin | : | |
| - Nomor Izin dan Tanggal Terbit | : | 25102100404580002, Tanggal 25 April 2022 |

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: 21 Maret 2025

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



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 21 Maret 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 : 25102100404580002

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 terverifikasi	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">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 25102100404580002**

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

Status Permohonan	:	Permohonan Perpanjangan
Nama Apotek	:	Apotek SS-75 FARMA
Alamat Apotek	:	Jl. Maccini Raya Ruko Pim No.5 Makassar
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Radiya.,S.Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	503/25994/SIP.A/DPM-PTSP/1/2025
Masa Berlaku SIPA	:	22 Januari 2025 – 14 Maret 2030
Nomor SSA	:	440.7.5.4/97/PSDK/DKK/III/2025
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 SS-75 FARMA**
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : **JL. MACCINI RAYA RUKO PIM NO. 5**

No NPWP (*) : **7371 0954 0391 0001**

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: **2510210010498002**
 dan Toko Obat) Masa berlaku **VI MARET 2030**

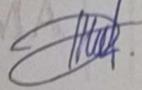
No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB PBF (*) : Masa Berlaku

APJ / Apoteker Pendamping / TTK		Nama (*)	No Surat Izin Fraktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)	apt. RAOMA, S.Farm	503/25.094/ SIP.A/	20/01/25 - VI/3/2020	085342737865
2	Apoteker Pendamping 1		OPM-PTSP/1/2025		
3	Apoteker Pendamping 2	apt. Ruslani Putri, S.Farm			
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Ayu ANJANI, Amd. Farm	503/525	07/8/2026	
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2		1-10 (SIP.TIK/KES)	OPM	
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3		PTSP/XII/2021		

Spesimen tanda tangan

Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
Rais	APOTEK SS-75 FARMA MACCINI		SS-75 FARMA MACCINI		SS-75 FARMA MACCINI
Nama : apt. RAOMA	Nama :	Nama : Ayu	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : **apt. RAOMA, S.Farm**

Handphone : **(085342737865** Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : **AYU ANJANI**

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : **AYU ANJANI**

Handphone : Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	APOTEK ESS-75 FARMACINI		APOTEK ESS-75 FARMACINI		APOTEK ESS-75 FARMACINI
Nama : Ratu	Nama :	Nama : Ayu	Nama :	Nama : Ayu	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	API
Nama : Ratu	Nama : Ayu	Nama : Ayu
Tgl : 10/01/2024	Tgl : 10/01/2024	Tgl : 10/01/2024

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : apt. RADITYA, S.Farm
Tempat/Tgl lahir : Ujung PANDANG / 14 MARET 1991
Alamat : Jl. MACCINI RAYA RUKO PIM No.5

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:

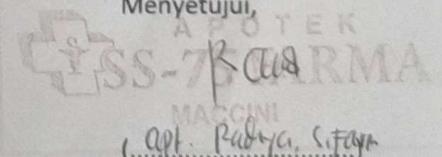
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "transfer" ke rekening resmi
PT. Samphrindo Putra Trading
BCA (REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami atau langsung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

Makassar, 21/9/25

Menyetujui,



(...apt. Raditya, S.Farm....)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili