

npwp.

KPP PRATAMA PALOPO

42.567.351.4-803.000

WARDA RAHMA

7317116201970001



PADANG LAMBE RT. 002 RW. 002
PADANG SAPPA PONRANG
KAB. LUWU SULAWESI SELATAN
31 Mei 2021



PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUWU

NIK : 7317116201970001

Nama : WARDA RAHMA
Tempat/Tgl Lahir : PADANG LAMBE, 22-01-1997
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :
Alamat : PADANG LAMBE
RT/RW : 002/002
Kel/Desa : PADANG SAPPA
Kecamatan : PONRANG
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: BELUM KAWIN
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU
15-08-2022

Warda

SAM SAMARITA
peralatan medis

FORM SPECIMEN RELASI

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

Alamat Relasi (jika isi relasi) : Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo no. 56

No NPWP (*)

Surat ijin Sertana 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 : _____

| No. / Apoteker Pendamping / TTK | Nama (*) | No Surat ijin Peralatan Medis (*) | Masa Berlaku (*) | Kontak (*) |
|---------------------------------|----------|--------------------------------------|------------------|------------|
| 1 Apoteker Penanggung Jawab (*) | | | | |
| 2 Apoteker Pendamping 1 | | | | |
| 3 Apoteker Pendamping 2 | | | | |
| 4 Tenaga Teknis Kefarmasan 1 | | | | |
| 5 Tenaga Teknis Kefarmasan 2 | | | | |
| 6 Tenaga Teknis Kefarmasan 3 | | | | |

Specimen tanda tangan

| Tanda Tangan Agen (*) | Stampel (*) | Tanda Tangan Relasi | Stampel | Tanda Tangan | Stampel Outlet(*) |
|--------------------------|---|------------------------|---|--------------|----------------------|
| W.W.S. | sys. Wahid Ramya, B.Psi CPT. KEPERAWATAN | | APOTEK Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo no. 56 | W.W.S. | APOT PulisFa |

Nama : W.W.S. Ramya Nama : _____
Nama : _____ Nama : _____ Nama : _____

Data Rekam (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : _____
Handphone : _____ Telpon : _____

Nama PIC Bagian Penerimaan Barang : _____
Handphone : _____ Telpon : _____

Nama PIC Bagian Pembayaran (*) : _____
Handphone : _____ Telpon : _____

| Spesimen Bagian Pemeriksaan | | Spesimen Bagian Pemeriksaan Kedua | | Spesimen Bagian Pemeriksaan (*) | |
|-----------------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| Tanda Tangan | Stempel | Tanda Tangan | Stempel | Tanda Tangan | Stempel |
| | pt. BCA | | pt. Winda Reksa S.Pt | | pt. Winda Reksa S.Pt |
| Nama : Shuh | Nama : pt. BCA | Nama : Ugoza | Nama : pt. Winda Reksa S.Pt | Nama : Ugoza | Nama : pt. Winda Reksa S.Pt |

| Diperlukan Oleh | | Disertifikasi Oleh | |
|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| Marketing | Ressources | Marketing | Ressources |
| | | | 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 :
Tempat/Tgl lahir :
Alamat :

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

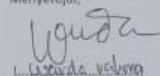
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "transfer" ke rekening resmi PT. Sampharindo Putra Trading
BCA | REK: 871.576.7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING
BRI | REK: 2242-01-000285-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING
2. Menginformasikan setiap bukti transfer kepada salesman kami 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.

Gowa, 16/10/2015

Menyetujui,


Wijaya
Wendy Wijaya

*Mohon dilengkapi FC KTP. Pemilik dan atau Yang Mewakili



PEMERINTAH KABUPATEN GOWA
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Hos Cokroaminoto Sungguminasa, , Telepon - - Faks
Website : <https://dpmpfsp.gowakab.go.id> - Email : dpmpfspgowa@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

Nomor: NR73062506004244

- 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 Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 900/MENKES/SK/VII/2020 tentang Registrasi dan Praktik Apoteker

Memberi Izin kepada:

Nama : WARDA RAHMA
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang Lambe, 22 Januari 1997
Alamat Rumah : The Mountain Village Pattallassang, Desa/Kel. Pattallassang, Kec. Pattallasang, Gowa, Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

Profesi : Apoteker
Alamat Praktik : APOTEK PULVIS, Jl. Dr.wahidim sudirohusodo No.95 Gowa Desa/Kel. Batangkaluku, Kec. Somba Opu, Gowa, Provinsi Sulawesi Selatan
Nomor STR : DH00001830857213

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 28 Mei 2030



Dikeluarkan di : Kabupaten Gowa
Pada Tanggal : 17 Juni 2025

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN
TERPADU SATU PINTU KABUPATEN GOWA



H. INDRA SETIAWAN ABBAS, S.Sos, M.Si

Pembina Utama Muda
NIP. 197210261993031003

Tembusan :
Pertinggal



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 20052500417360001

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 | : WARDA RAHMA |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 2005250041736 |
| 3. Alamat Kantor | : PADANG LAMBE, Desa/Kelurahan Padang Sappa, Kec. Ponrang, Kab. Luwu, 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 | : Jalan Dokter Wahidin Sudiro Husodo 95, Desa/Kelurahan Batangkaluku, Kec. Somba Opu, Kab. Gowa, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92113 |
| 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: 5 Agustus 2025

a.n. Bupati Gowa
Kepala DPMPTSP Kabupaten Gowa,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 6 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 : 20052500417360001

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 Gowa | 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 20052500417360001

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

| | |
|--|---|
| Status Permohonan | : Baru |
| Nama Apotek | : Apotek Pulvis |
| Alamat Apotek | : Jalan Dokter Wahidin Sudiro Husodo 95, Desa/Kelurahan Batangkaluku, Kec. Somba Opu, Kab. Gowa, Provinsi Sulawesi Selatan. |
| Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis | : apt. Warda Rahma, S.Farm. |
| Nomor Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) | : NR73062506004244 |
| Masa Berlaku SIPA | : 28 Mei 2030 |
| Masa Berlaku | : Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun sejak diterbitkan. |

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

