



PEMERINTAH KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

JL. HARAPAN BARU KOMPLEKS SKPD BLOK A NO. 5 KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG

PROVINSI SULAWESI SELATAN

Telepon (0421) - 3590005 Email : ptsp_sidrap@yahoo.co.id Kode Pos : 91611

IZIN TENAGA KESEHATAN

SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA) KESATU

NOMOR : 39/SIPA/DPMPTSP/10/2023

- Dasar : 1. Peraturan Pemerintah Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian.
2. Peraturan Bupati Sidenreng Rappang No. 6 Tahun 2018 Tentang Perubahan atas Peraturan Bupati No. 1 Tahun 2017 Tentang Pendelegasian Kewenangan di Bidang Perizinan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. Sidenreng Rappang
3. Surat Permohonan **ANDI CITRA LESTARI. S.Si, Apt** Tanggal **19-10-2023**
4. Berita Acara Telaah Administrasi / Telaah Lapangan dari Tim Teknis
DINAS KESEHATAN, PENGENDALIAN PENDUDUK DAN KB
Nomor : **39/SIPA/DINKES,DALDUK & KB/10/2023** Tanggal **30-10-2023**

MENGIZINKAN

KEPADA

NAMA : ANDI CITRA LESTARI. S.Si, Apt
TTL : UJUNG PANDANG , 11 AGUSTUS 1992
ALAMAT : BTN GRIYA PESONA GANGGAWA BLOK A3 No.8, KEL. MAJJELLING
UNTUK : diberikan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KESATU dalam Kabupaten Sidenreng Rappang dengan keterangan sebagai berikut :
TEMPAT PRAKTEK : APOTEK IBNU FARRAS
ALAMAT PRAKTEK : JL. HOS COKROAMINOTO No.23, KEL. MAJJELLING
NOMOR STRA : 28 28 7 2 2 23 -92081105
STRA BERLAKU S/D : 11 AGUSTUS 2028

Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) KESATU ini berlaku sesuai dengan Surat Tanda Registrasi Apoteker (STRA) dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 di atas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA

Dikeluarkan di : Pangkajene Sidenreng

Pada Tanggal : 31 Oktober 2023



Biaya : Rp. 0,00

Tembusan :

1. Direktur Jenderal Bina Kefarmasian dan Apoteker Kesehatan
2. Ketua Komite Farmasi Nasional
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan
4. Kepala Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan KB Kab. Sidenreng Rappang
5. Organisasi Profesi

PROVINSI SULAWESI
KABUPATEN SIDENRENG RAPPANG

NIK : 731407011600002

Nama : JAMALUDDIN
Tempat/Tgl Lahir : SIDRAP
01-11-1980

Jenis kelamin : LAKI-LAKI
Alamat : JLN. HCS.
Gol. Darah :-

RT/RW : 000/000
Kel/Desa : MAJELLING
COKROAMINOTO NO.23

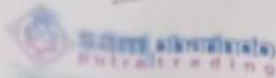
Kecamatan : MARTENGGAE
Agama : ISLAM

Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : WIRASWASTA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



SIDENRENG
RAPPANG
11-03-2016

[Handwritten signature]



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Berkas Doks)

Nama Relasi : APOTEK INNO ERIPAS

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Yos. COLOAMINOTO No. 22

No NPWP : 1000 0000 0311 3917

Surat Ijin Sarana Kesehatan (Apotek, Klinik, Lab, Paramedik, PGG, Rumah) : 090129003/0110005

Sakit dan Toko Obat) Masa berlaku




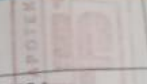

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB Sarana Kesehatan : Masa Berlaku

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama	No Surat Izin Kerja	Masa Berlaku	No Handph
1 Apoteker Penanggung Jawab	<u>Apt. A. Chandra</u>	<u>29/11/14</u>	<u>DAFTAR/14/14</u>	
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	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Nam
					
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nam

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan :




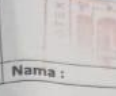


Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran :

Handphone : Telpon :

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Diperiksa Oleh		Diverifikasi Oleh	
Marketing	Keuangan	APJ	
Nama :	Nama :	Nama :	
Tgl :	Tgl :	Tgl :	

SURAT PERNYATAAN

yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ap. Andi Citra Lestari, S.Si
Tempat/Tgl lahir : Makassar, 11 Agustus 1992
Alamat : BTM GANGGAWA

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.

.....
Menyetujui,

Ap. Andi Citra Lestari, S.

**Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili*