

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN LUWU

NIK : 7317044412910002

Nama : RESKI NURSYAM, S.Farm. Apt  
Tempat/Tgl Lahir : BAJO, 04-12-1991  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :  
Alamat : DSN, BALLA  
RT/RW : 001/001  
Kel/Desa : BALLA  
Kecamatan : BAJO  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: KAWIN  
Pekerjaan : APOTEKER  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU  
21-04-2021

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, cursive letters. It is located below the date and location information.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 14092100144470001

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

- |  |   |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : RESKI NURSYAM   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 1409210014447   |
| 3. Alamat Kantor   | : DSN. BALLA, DESA BALLA, KEC. BAJO, KAB. LUWU, Kel. Balla, Kec. Bajo, 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  | : Dusun. Balla, Kel. Balla, Kec. Bajo, Kab. Luwu, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 91995                |
| 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: 22 September 2021

a.n. Bupati Luwu  
Kepala DPMPSTSP Kabupaten Luwu,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 22 September 2021

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 : 14092100144470001

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>- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: a. Perubahan Apoteker penanggung jawab, b. Perubahan nama Apotek, c. Perubahan alamat/lokasi, d. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan),</li><li>- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: a. Laporan pelayanan kefarmasian, b. Laporan SIPNAP,</li></ul>	Telah memenuhi persyaratan	Pemerintah Kabupaten Luwu	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.



KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 80.519.181.4-803.000

RESKI NURSYAM

NIK : 7317044412910002

LINGK. PASAR BARU ( DEKAT DARI KANTOR LURAH ) RT. 001  
RW. 001  
BAJO BAJO  
KAB. LUWU SULAWESI SELATAN

KPP PRATAMA PALOPO

**PERHATIAN**

- Kartu ini harap disimpan baik-baik dan apabila hilang, agar segera melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdaftar.
- NPWP agar dicantumkan dalam hal berhubungan dengan dokumen perpajakan.
- Dalam hal Wajib Pajak pindah tempat tinggal atau tempat kedudukan, agar melaporkan diri ke Kantor Pelayanan Pajak lama.

[www.pajak.go.id](http://www.pajak.go.id)



BERSAMA ANDA MEMBANGUN BANGSA



**PEMERINTAH KABUPATEN LUWU**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Alamat : Jl. Opu Daeng Risaju No. 1, Belopa Telpun : (0471) 3314115

**SURAT IZIN PRAKTEK APOTEKER (SIPA)**

**DASAR HUKUM :**

1. Undang-Undang Obat Keras (St.1937 No. 541);
2. Undang-Undang Nomor 5 Tahun 1997 tentang Psikotropika;
3. Undang-Undang Nomor 35 Tahun 2009 tentang Narkotika;
4. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
5. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
6. Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1998 tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan;
7. Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian;
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 889/MENKES/PER/2011 tentang Registrasi, Izin Praktik dan Izin Kerja Kefarmasian;
9. Peraturan Bupati Luwu Nomor 138 Tahun 2018 tentang Pendelegasian Wewenang Penyelenggaraan Perizinan dan Non Perizinan Kepada DPMPTSP Kabupaten Luwu.

**MEMBERIKAN IZIN KEPADA**

Nama : **Reski Nursyam, S.Si,Apt**  
Tempat/Tanggal Lahir : **Bajo / 04 Desember 1991**  
Alamat : **Dsn. Balla, Desa Balla**  
Nomor Rekomendasi Profesi : **Rek-044/PC IAI/LUWU/VIII/2021**  
Nomor STRA : **19911204/STRA-UNHAS/2016/246959**

Untuk berpraktek sebagai Apoteker di **APOTEK RESKI FARMA**

Lokasi Praktik : **DS. Balla**  
**Desa Balla**  
**Kecamatan Bajo**  
Nomor SIPA : **049/SIPA-DPMPTSP/VIII/2021**

Berlaku sampai dengan **04 Desember 2026**

**DENGAN KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT :**

**KESATU** : Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus selalu mengikuti paradigma pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.

**KEDUA** : Penyelenggaraan Apotek harus selalu mematuhi ketentuan peraturan Perundang-undangan yang berlaku.

Demikian Surat Izin ini diterbitkan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya, dan dapat dicabut apabila pemilik izin tidak memenuhi segala ketentuan di atas.



Diterbitkan di Kabupaten Luwu  
Pada tanggal **17 September 2021**  
Kepala Dinas,  
DINAS PENANAMAN MODAL & PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
**Drs. H. RAHMA CANDIPARANA**  
Pangkat Pembina Tk. I IV/b  
NIP : 19641231 199403 1 079

**Tambaran :**

1. Bupati Luwu (sebagai Laporan);
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu di Belopa;
3. Arsip.



**FORM SPESIMEN RELASI**

**DATA RELASI (Legal Doc)**

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK RESKI FARMA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Dusun Balla, Desa Balla, Kec. Bajo, Kab Luwu, Provinsi Sulawesi Selatan

No NPWP (\*) : 80.519.181.4.803.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 099 / SIPA - DPMPTSP / VII / 2021

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 .....

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Resti Nursyam, S.Si. Apt			
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Resti Nursyam, S.Si. Apt			
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan API (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
					
Nama : Resti Nursyam, S.Si. Apt	Nama :	Nama : Resti Nursyam, S.Si. Apt	Nama :	Nama :	Nama :

**Data Relasi (Operasional)**

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : Resti Nursyam, S.Si. Apt







Handphone : 0813 - 5491 - 2758 Telpon : .....

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Resti Nursyam, S.Si. Apt

Handphone : ..... Telpon : .....

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : Resti Nursyam, S.Si. Apt

Handphone : ..... Telpon : .....

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : Reski Nursyam S.Si. Apt	Nama :	Nama : Reski Nursyam S.Si. Apt	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 : Reski Nursyam, S.Si-Apt  
Tempat/Tgl lahir : Bago / 09-12-1981  
Alamat : Desa Bolla, Kecamatan Bago, Kabupaten Luwu

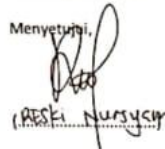
Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari APOTEK RESKI FARMA  
menyatakan bersedia dan berkomitmen untuk memenuhi persyaratan kerja sama  
dengan PT. SAMPHARINDO PUTRA TRADING CABANG MAKASSAR, dengan rincian  
persyaratan sebagai berikut:

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,

  
Reski Nursyam

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