



**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)**  
**Nomor: 500.16.7.2/2024.002/SIPA/DPMPTSP**

- Dasar:**
- a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan
  - b. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 25 Tahun 2021 tentang Pedoman Penyelenggaraan Terpadu Satu Pintu
  - c. Peraturan Wali Kota Palopo Nomor 31 Tahun 2023 tentang Pelimpahan Kewenangan Perizinan dan Nonperizinan Yang Diberikan Wali Kota Palopo Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Palopo.

**Memberi Izin kepada:**

**Nama** : apt. Muhammad Ashar Muslimin, S.Farm., M.Farm  
**Tempat/ Tanggal Lahir** : Palopo, 17 Januari 1991  
**Alamat Rumah** : Komp. Cempaka Rt.003/rw.001, Kel. Pajalesang, Kec. Wara. Pajalesang, Kecamatan Wara, Kota Palopo, Sulawesi Selatan

Untuk melaksanakan

**Profesi** : Apoteker  
**Alamat Praktik** : Klinik Sehat Zamzam, Jl. Malaja II Kompleks Perumdos Uncok Blok A1 Kecamatan Wara Timur, Kota Palopo, Sulawesi Selatan  
**Nomor STR** : GK00000070942196

Surat Izin Praktik (SIP) ini berlaku sampai dengan tanggal 16 Pebruari 2029



Dikeluarkan di : Kota Palopo  
Pada Tanggal : 16 Pebruari 2024

KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN  
TERPADU SATU PINTU  
KOTA PALOPO



**Syamsuriadi Nur, S.STP**

Pembina

NIP. 198502112003121002

Tembusan :  
Walikota Palopo





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
SERTIFIKAT STANDAR : 26112200021230003**

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 SERTIFIKAT STANDAR USAHA KLINIK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Nama Pelaku Usaha                                     | : WAHYUNI ARIF, S.ST   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2611220002123  |
| 3. Alamat Kantor   | : JL. WECUDAI, Desa/Kelurahan Dangerakko, Kec. Wara, Kota Palopo, Provinsi Sulawesi Selatan  |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 86105 - Aktivitas Klinik Swasta  |
| 5. Lokasi Usaha  | : Jl. Malaja 2 kompleks perumdis uncok, Desa/Kelurahan Surutanga, Kec. Wara Timur, Kota Palopo, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 91921 |
| 6. Skala Usaha   | : Usaha Mikro  |
| 7. Status  | : Telah terverifikasi  |

Lampiran Sertifikat Standar ini memuat daftar persyaratan dan/atau kewajiban sesuai dengan kode KBLI Pelaku Usaha dan merupakan bagian tidak terpisahkan dari dokumen Sertifikat Standar yang dimaksud. Pelaku Usaha dengan Sertifikat Standar tersebut di atas wajib menjalankan kegiatan usahanya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan tanggal: 6 September 2023

**a.n. Wali Kota Palopo  
Kepala DPMPTSP Kota Palopo,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 6 September 2023

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 SERTIFIKAT STANDAR : 26112200021230003

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
86105 (Pendukung)	Aktivitas Klinik Swasta	Menengah Tinggi	<p><b>Persyaratan:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Surat keterangan dari dinas kesehatan kabupaten/kota mengenai pertimbangan persetujuan pendirian Klinik (opsional bagi Klinik dengan perizinan baru)</li><li>- Sertifikat standar usaha Klinik atau surat izin operasional Klinik sebelumnya yang masih berlaku (opsional bagi Klinik dengan perpanjangan atau perubahan perizinan)</li><li>- Profil Klinik</li><li>- Self assessment Klinik</li><li>- Daftar obat-obatan</li><li>- Daftar nama SDM Klinik</li><li>- Surat Izin Praktik (SIP) semua tenaga kesehatan yang bekerja di Klinik</li><li>- Perjanjian kerja sama pembuangan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3)</li><li>- Surat pernyataan penggantian badan hukum, nama klinik, kepemilikan modal, jenis klinik dan/ atau alamat klinik yang ditandatangani oleh pemilik klinik (opsional bagi Klinik dengan perubahan perizinan)</li><li>- Dokumen perubahan NIB (opsional bagi Klinik dengan perubahan perizinan terkait penggantian badan hukum)</li><li>- Izin Mempekerjakan Tenaga Asing (IMTA) (opsional bila ada Tenaga Kerja Warga Negara Asing (TK-WNA)</li></ul> <p><b>Kewajiban:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Melakukan registrasi Klinik.</li><li>- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan Klinik sesuai standar yang berlaku.</li><li>- Melaporkan hasil kegiatan pelayanan kesehatan Klinik sesuai ketentuan yang berlaku.</li><li>- Melakukan update/ pembaharuan data jika terjadi perubahan data Klinik.</li></ul>	Telah terverifikasi	Pemerintah Kota Palopo	5 Tahun

1. Dengan ketentuan bahwa Sertifikat Standar 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 Sertifikat Standar 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 KOTA PALOPO

## DINAS KESEHATAN

Jl. Anggrek No. 171 Telp. 0471-24016 Fax. 0471-21332 Palopo 91921

### REKOMENDASI

NO : 400.7.22.2/1121/DINKES

Berdasarkan Hasil Berita Acara Penilaian Kesesuaian Klinik Tanggal 01 September 2023 , maka Kepala Dinas Kesehatan Kota Palopo memberikan Rekomendasi kepada :

Nama Klinik

: **Klinik Sehat Zamzam**

Nama Penanggung Jawab

: dr. Nia Ilmah Muhtar, S.Ked

Alamat Klinik

: Jl. Malaja II Kompleks Perumdos UNCOK

Untuk Diterbitkan "Sertifikat Standar Usaha Klinik"

Demikian Rekomendasi ini di buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.  
Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : **Apr. Muhammadi Ashar Muimin, S.Farm, M.Farm**  
Tempat/Tgl lahir : **Palembang, 17 Januari 1991**  
Alamat : **Komp. Cempaka, Kom. Palembang**

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tertunjuk 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. 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.

*Surat ini dibuat pada tanggal 20/01/2025*  
Menyetujui,  
*[Signature]*  
*(M. Ashar)*

\*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : M. Asru	Nama :	Nama : Iwcu	Nama :	Nama : Rani	Nama :

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

**Keterangan:**

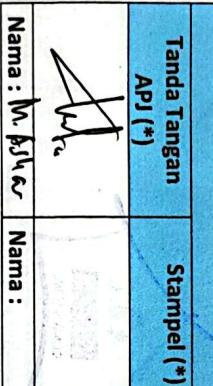
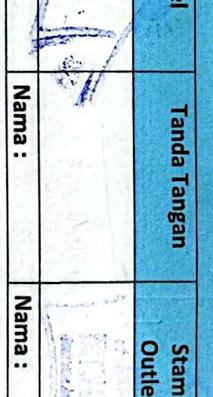
- (\*) wajib di isi
- Harap untuk melampirkan semua dokumen dalam bentuk HardCopy bersama spesimen

**FORM SPESIMEN RELASI**
**DATA RELASI (Legal Doc)**

**Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) :** Klinik Sentar 26m - 24W  
**Alamat Relasi (sesuai izin relasi) :** Jl. Mulya, D. Perawang Utara, Kec. Pakjo

**No NPWP (\*)** : 01.932.584.4-003.000  
**Masa berlaku** ..... - .....  
**No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) :** 2611210002123003  
**Masa Berlaku** ..... - .....  
**No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) :** - ..... - .....  
**Masa Berlaku** ..... - .....  
**Sertifikat CDOB PBF (\*):** - ..... - .....  
**Masa Berlaku** ..... - .....  
**Spesimen tanda tangan**

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	M. Arifin	Surat-7/1024-002/00	16 Februari 2029	0813335432
2 Apoteker Pendamping 1	Zulkarnain			
3 Apoteker Pendamping 2	Zulkarnain			
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Perry Prayitno		15 Februari 2029	085254087037
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Tanda Tangan	Stampel (*)	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	AA				Outlet(*)

**Data Relasi (Operasional)**

**Nama PIC Bagian Pemasaran (\*)** : **Mr. Mulyadi, S.I.P., M.Farm**  
**Handphone** : 08133351432 ..... Telpo: - .....  
**Nama Pic Bagian Penerimaan Barang** : **Iudhi**  
**Handphone** : 082393058456 ..... Telpo: - .....  
**Nama PIC Bagian Pembayaran(\*)** : **Rani**  
**Handphone** : 085254087037 ..... Telpo: - .....