

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : <u>Purni Endah</u>	Nama :	Nama :	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:

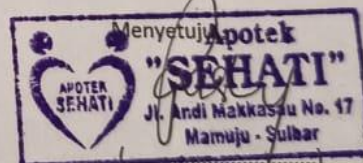
Nama : *Dr. Sri Rizky Y. Ruraedjo*  
Tempat/Tgl lahir : *Palu 20-11-1985*  
Alamat : *Jln Abo Syahur, Mamuju*

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.



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



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN : 91202170112030002**

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



## FORM SPESIMEN RELASI

## DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK SEHATI  
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Andi Makkasau No. 17 Mamuju

No NPWP (\*) : .....

Surat Ijin Sarana 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 .....

APJ / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	Fanny Efatika	584/512A/011/2021/CAM-PSP	11 Agustus 2028	082291594490
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 APJ (*)	Stampel (*) Apotek	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

## Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : .....

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

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : .....

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

Nama PIC Bagian Pembayaran(\*) : .....

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





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

Jalan Ahmad Yani No. - Mamuju Telp. (0426) 21098 Kode Pos 91511  
Web: <http://dpmptsp.mamujukab.go.id> email: [dpmptsp@mamujukab.go.id](mailto:dpmptsp@mamujukab.go.id)

**SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)**  
**Nomor: 384/SIPA/VII/2023/DPM-PTSP**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 31 Tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor : 889/MENKES/PER/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik, Dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, Peraturan Bupati Mamuju Nomor 12 Tahun 2019 Tentang Perubahan Kedua Peraturan Bupati Nomor 61 Tahun 2016 tentang Pendelegasian Sebagian Wewenang Bupati Mamuju Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Untuk Menanda Tangani Dokumen Perizinan dan Non Perizinan, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Mamuju Memberikan Surat Izin Praktik Apoteker Kepada :

**Fanny Efatha Limbong Arruan. S.Farm.Apt**

Nik : 7603035108880003  
Tempat/Tanggal Lahir : Mamasa, 11 Agustus 1988  
Alamat : Jl. Soekarno Hatta  
Npwp : 164797862-813.000  
Nomor STRA : 27 28 7 2 2 23-88081103  
Untuk Bekerja Sebagai : APOTEKER  
No. Rekomendasi : 441/473/SIPA/VIII/2023/DINKES  
Nama Tempat Sarana : APOTEK SEHATI  
Masa Berlaku SIP : 11 Agustus 2028

Dengan Ketentuan Sebagai Berikut :

1. Penyelenggaraan pekerjaan kefarmasian di sarana produksi/distribusi/penyaluran harus mematuhi ketentuan Cara Pembuatan Obat Yang Baik/Cara Distribusi Obat Yang Baik dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta peraturan perundang-undangan yang berlaku.
2. Surat Izin ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan ayat 1 di atas dan pekerjaan kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam surat izin.

Dikeluarkan di : Mamuju  
Pada Tanggal : 2 Agustus 2023

A.n **BUPATI MAMUJU**  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL**  
**DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**



**HJ. HASNAWATY SYAM, S.E., M.Si**

Pangkat : PEMBINA Tk. I, IV/B

Nip : 19680928 200604 2 002

**Tembusan :**

1. Direktur Jendral Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan di Jakarta.
2. Bupati Mamuju di Mamuju.
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Barat di Mamuju.
4. Ketua Komite Farmasi Nasional di Jakarta.
5. Ketua Ikatan Apoteker Indonesia Cabang Mamuju di Mamuju.
6. Arsip



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**IZIN : 91202170112030002**

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                                     | : SRI RIZKY Y DJURAEDJO   |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 9120217011203   |
| 3. Alamat Kantor   | : JL.ABD SYAKUR, Desa/Kelurahan Karema, Kec. Mamuju, Kab. Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat                             |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik  |
| 5. Lokasi Usaha  | : Jl. Andi Makkasau No.17 , Desa/Kelurahan Karema, Kec. Mamuju, Kab. Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat, Kode Pos: 91515 |
| 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: 27 Agustus 2023

a.n. Bupati Mamuju  
Kepala DPMTSP Kabupaten Mamuju,




Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 27 Agustus 2023


PROVINSI SULAWESI BARAT  
KABUPATEN MAMUJU

NIK : 7371096011850008

Nama : SRI RIZKY Y DJURAEDJO  
Tempat/Tgl Lahir : PALU, 20-11-1985  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : AB  
Alamat : JL ABD SYAKUR  
RT/RW : 000/000  
Kel/Desa : KAREMA  
Kecamatan : MAMUJU  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan : KAWIN  
Pekerjaan : DOKTER  
Kewarganegaraan : WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



MAMUJU  
20-06-2017  
*Rizky*



KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA  
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 82.747.743.1-814.000  
SRI RIZKY Y. DJURAEDJO  
NIK : 7371096011850008

JL ABDUL SYAKUR (DEKAT PERTIGAAN SOEKARNO HATTA)  
KAREMA MAMUJU  
KAB. MAMUJU SULAWESI BARAT

KPP PRATAMA MAMUJU



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA  
PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
LAMPIRAN  
IZIN APOTEK 91202170112030002

Lampiran berikut memuat data teknis Izin Apotek, sebagai berikut :

Status Permohonan	: Baru / <del>Perpanjangan</del> / Perubahan
Nama Apotek	: Apotek Sehati
Alamat Apotek	: Jln. Andi Makkasau Kel. Karema Kab. Mamuju, Provinsi Sulawesi Barat
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	: Fanny Efatha Limbong Arruan, S.Farm.Apt
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	: 384/SIPA/VII/2023/DPM-PTSP
Masa Berlaku SIPA	: 11 Agustus 2028
Masa Berlaku	: Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung Jawab, maksimal 5 (Lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.