



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

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

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. POLOS MARUS - BONE , KEL.TANAH BATUQ , KEC. LIBURENG ,
KAB. BONE

No NPWP (*) : 71.257.226.2-808-000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 280122 002 985 90002

dan Toko Obat) Masa berlaku ..02 Juli 2029

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 (*)	ZULFITRI	55/VII/81pa/DPMPTSP/2014	02 Juli 2029	082271460584
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	ANDI WAHYUNI S.	85/IV/81PTK/DPMPTSP/2014	24 Oktober 2026	082236013613
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan

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

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : ZULFITRI

Handphone : 082271460584 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : ZULFITRI

Handphone : 082271460584 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : ZULFITRI

Handphone : 082271460584 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : Zulfira	Nama :	Nama : Zulfira	Nama :	Nama : Zulfira	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	APJ
Nama : Tgl :	Nama : Tgl :	Nama : Zulfira Tgl : 04 Nov 2025

Keterangan:

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

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : apt. Zulfikri, S.Pdm.
Tempat/Tgl lahir : Kaluppang / 08 Januari 2000
Alamat : Dusun Kaluppang , Desa. Poteanru, Kec. Liburing, Kab. Bone

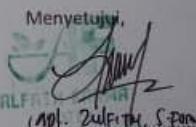
Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari menyatakan bersedia dan berkomitmen untuk memenuhi persyaratan kerja sama dengan PT. SAMPHARINDO PUTRA TRADING CABANG MAKASSAR, dengan rincian persyaratan sebagai berikut:

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

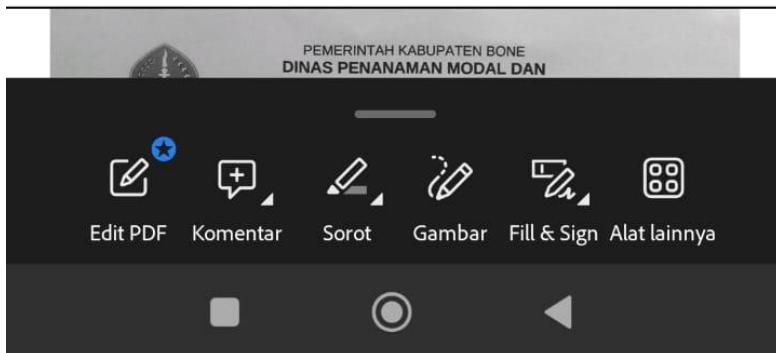
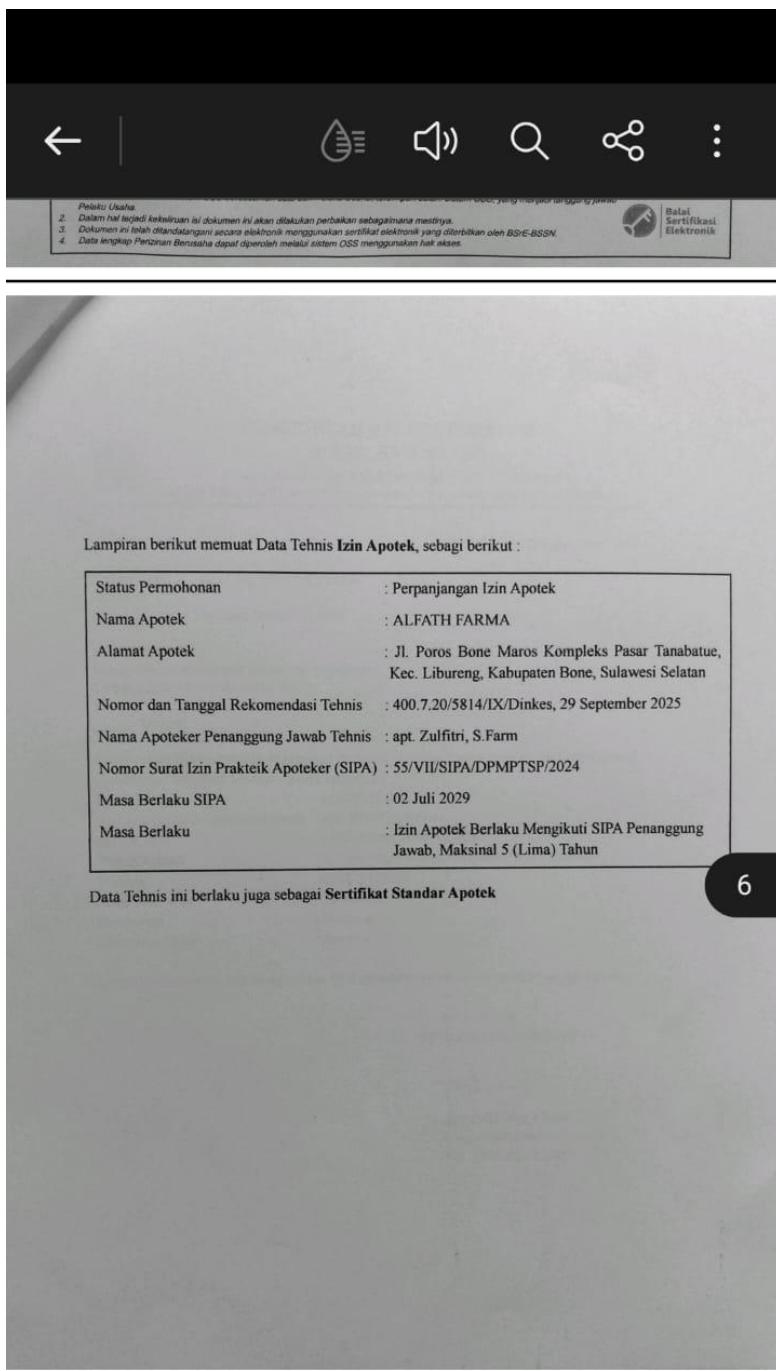
Demikian surat pernyataan ini diterbitkan, demi terciptanya keamanan dan kenyamanan transaksi antara outlet dan distributor.

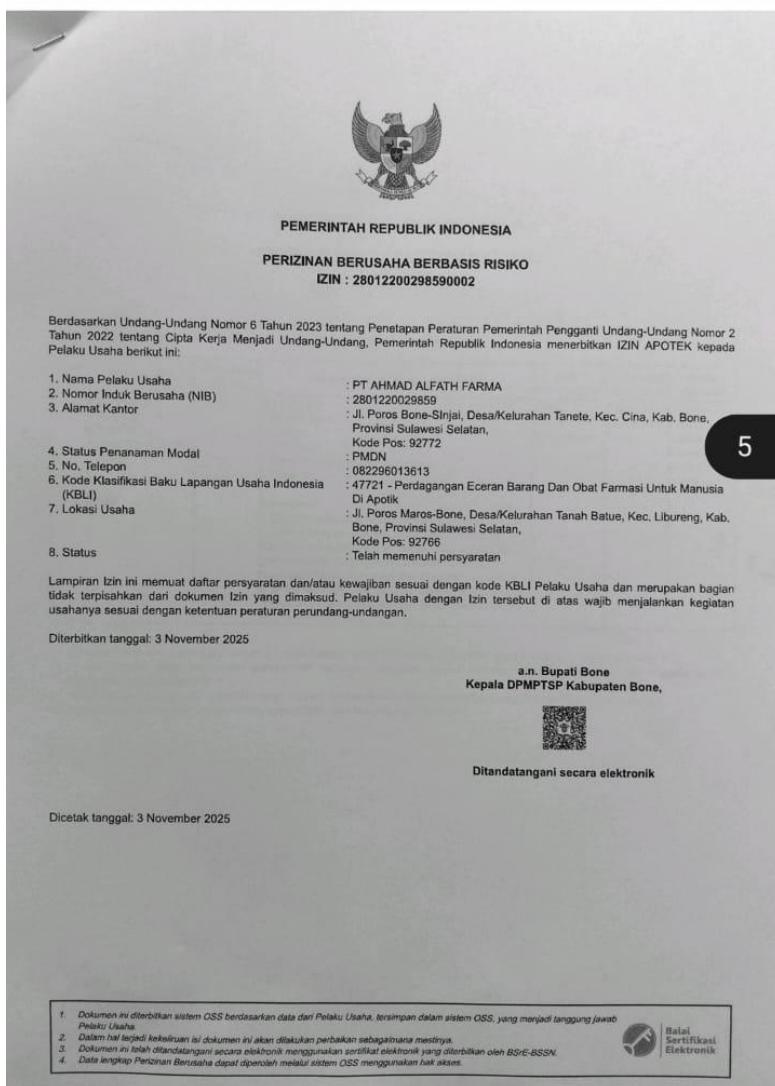
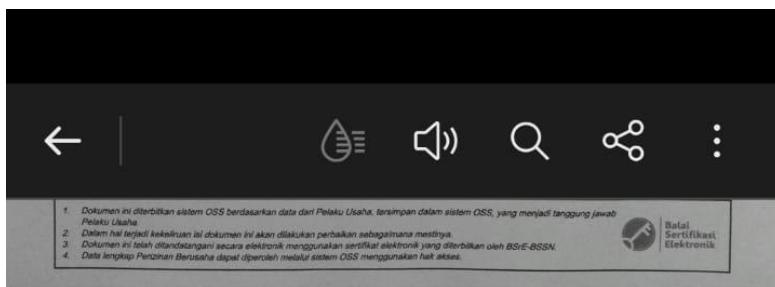
Atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

Bone, 04/Nov/2015

Menyetujui,

ZULFIKRI, S.Pdm
(apt. Zulfikri, S.Pdm)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

LAMPIRAN

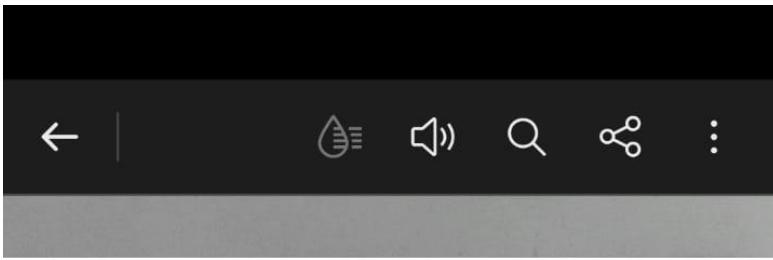
IZIN : 28012200298590002

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 Selama Pelaku Bone Usaha menjalani kegiatan usaha	4

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 (KL).
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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSE-BSSN.
4. Data Impresi Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan halaman



**PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS PENANAMAN MODAL DAN
PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**
Jalan Petta Ponggawae No. 4, Watampone, Bone, Sulawesi Selatan,
Telepon (0481) 25056, Faximile (0481) 25056,
Laman <https://dpmptsp.bone.go.id/>, pos-el dpmptspbone@gmail.com

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KESATU
Nomor : 55/VII/SIPA/DPMPTSP/2024

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone memberikan Izin Praktik Apoteker Kesatu Kepada :

Nama Lengkap : apt. ZULFITRI
Tempat / Tanggal Lahir : Kaluppang, 08 Januari 2000
Alamat Rumah : Desa Poleonro Kec. Libureng
Nomor STRA : BN00000087750727
Untuk Melakukan Praktik di :
Nama Tempat Praktik : APOTEK AL - FATH FARMA
Alamat : Kel. Tanabatue Kec. Libureng
Waktu Praktik : Senin-Jumat
Jam : 08.00 s/d 14.00
Masa berlaku SIPA sampai : 02 Juli 2029
Dengan ketentuan sebagai berikut :
1. Penyelenggaraan pekerjaan/praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus mengikuti standar pelajaran kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. SIPA ini batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 diatas dan pekerjaan/praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan yang tercantum dalam SIPA.

Rp.0,- 

Dikeluarkan di : Watampone
Pada tanggal : 02 Juli 2024

KEPALA DINAS,

Drs. ANDI AMRAN, M. Si
Pembina Utama Muda, IV/c
NIP. 19681122 198908 1 001

Tembusan :
1. Direktur Jenderal Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Ketua Komite Farmasi Nasional;
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan;
4. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bone;
5. Ketua Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) Cabang Bone.

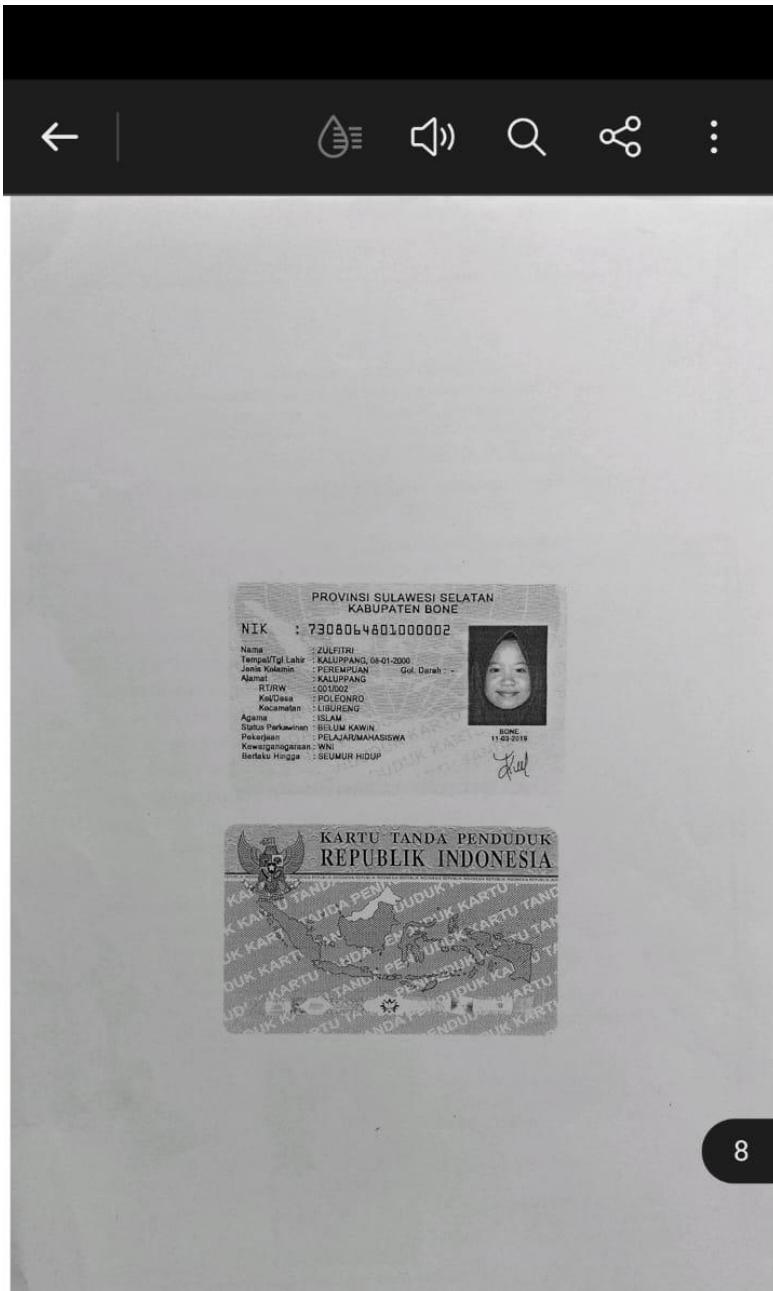
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik
Badan Riset dan Inovasi Nasional (BRIN)

7

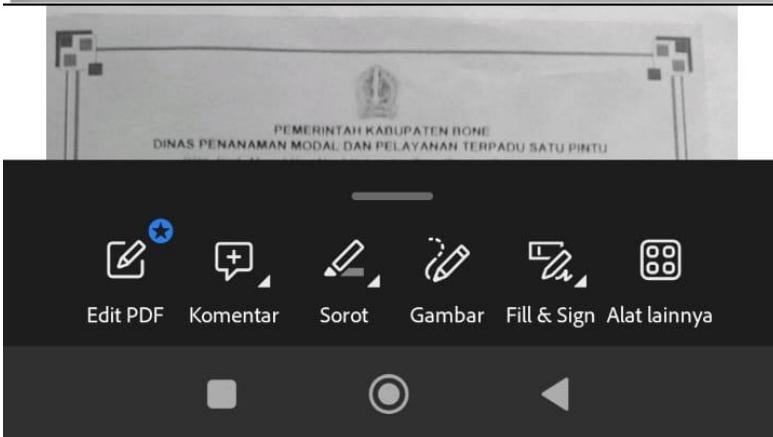


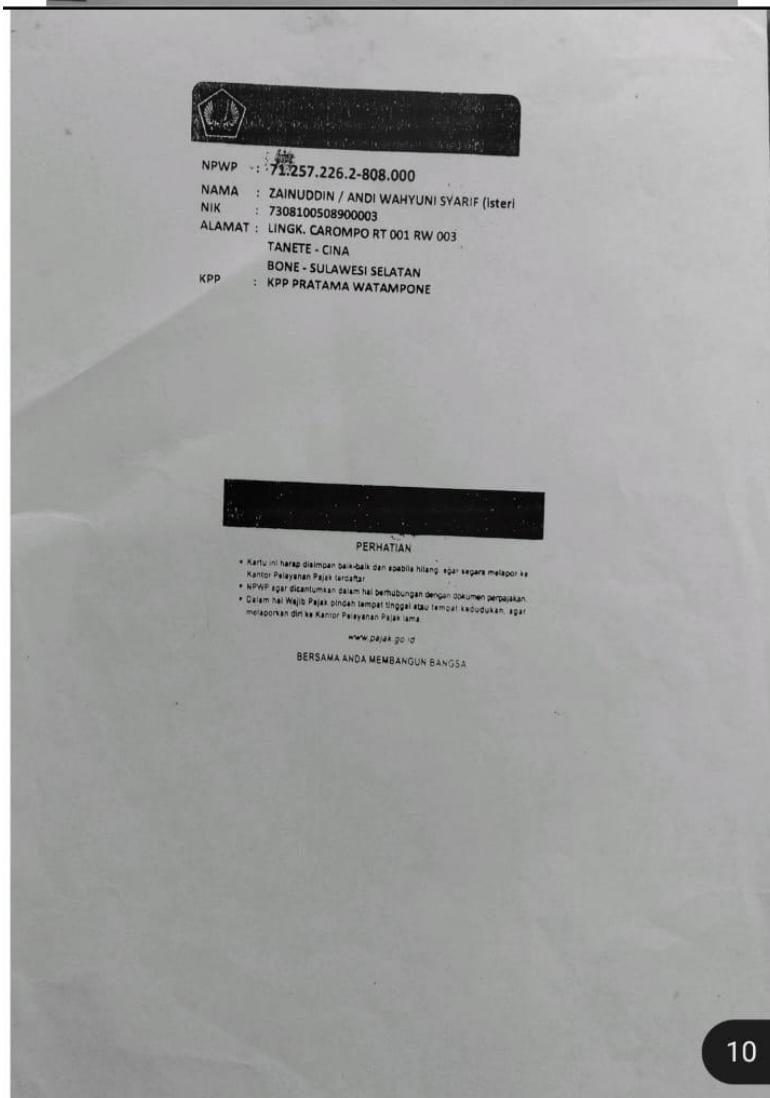
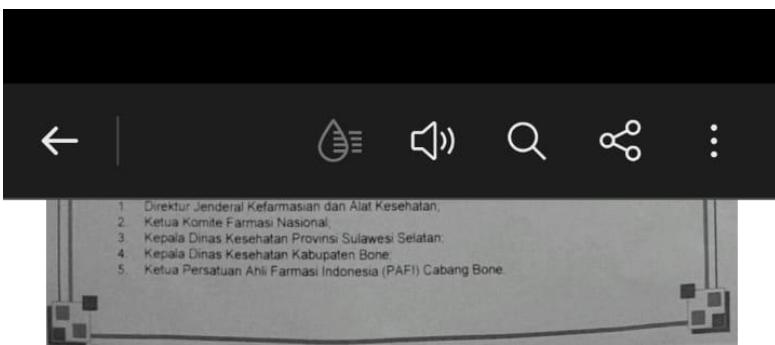
Edit PDF Komentar Sorot Gambar Fill & Sign Alat lainnya





8





10

