



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APOTEK ALFATH FARMA
Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. POROS MARUS - BONE, KEL. TANAH BATUE, KEC. LIBURENO,
KAB. BONE
No NPWP (*) : 71.257.226.2 - 808.000
Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 2801220298590002
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 (*)	ZULFITHRI	55/VII/SIPA/DPMP/2019	02 Juli 2029	082271460584
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	ANDI WAHYUNIS	95/XIV/SIPTEK/DPMP/2011	24 Oktober 2026	082296013613
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(*)
Nama : Zulfithri	Nama :	Nama : ANDI WAHYUNIS	Nama : ANDI WAHYUNIS	Nama : Zulfithri	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) : ZULFITHRI
Handphone : 082271460584 Telpon :
Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : ZULFITHRI
Handphone : 082271460584 Telpon :
Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : ZULFITHRI
Handphone : 082271460584 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : Zulfetri	Nama :	Nama : Zulfetri	Nama :	Nama : Zulfetri	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	APJ
		
Nama :	Nama :	Nama : ZULFETRI
Tgl :	Tgl :	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.Parm.
Tempat/Tgl lahir : Kaluprang / 08 Januari 2000
Alamat : Dusun Kaluprang, Desa. Potecoru, 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.

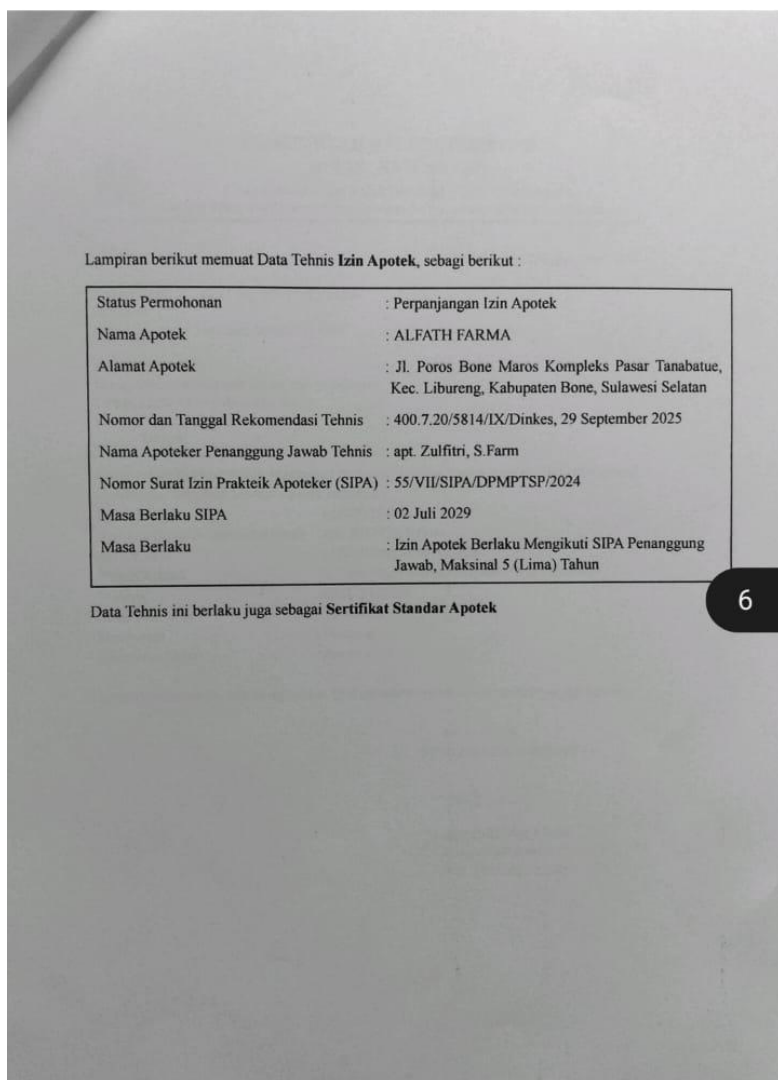
Atas perhatian dan kerja samanya kami ucapkan terima kasih.

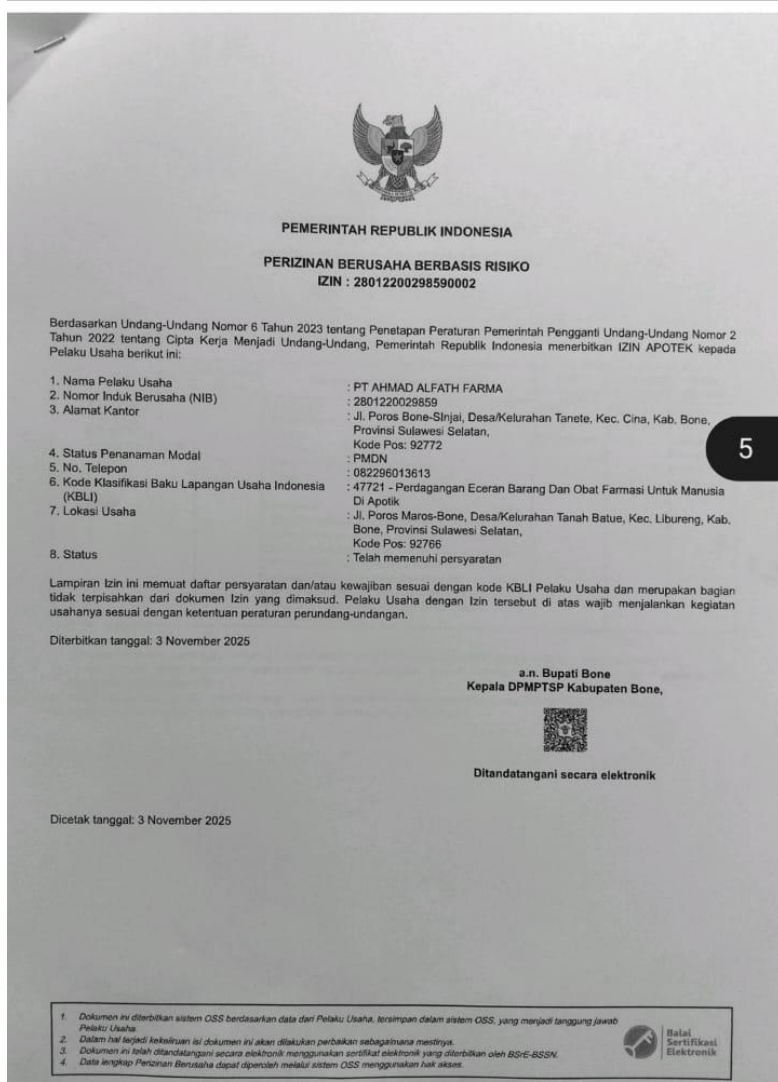
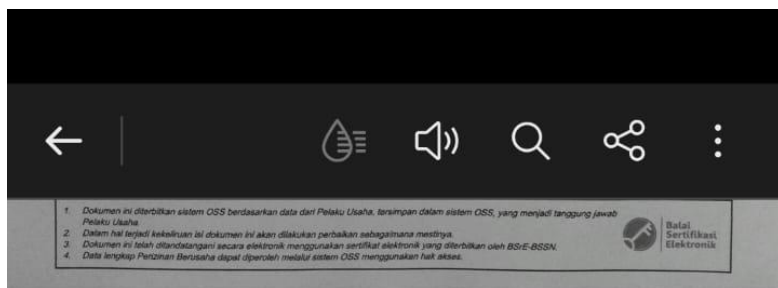
Bone 04, Mei, 2025

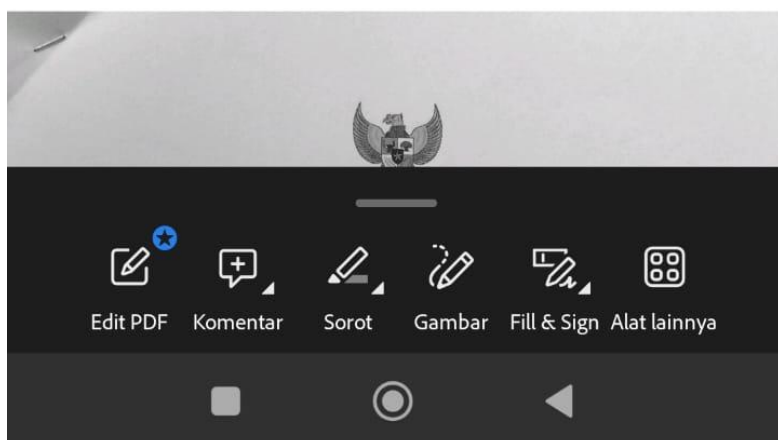
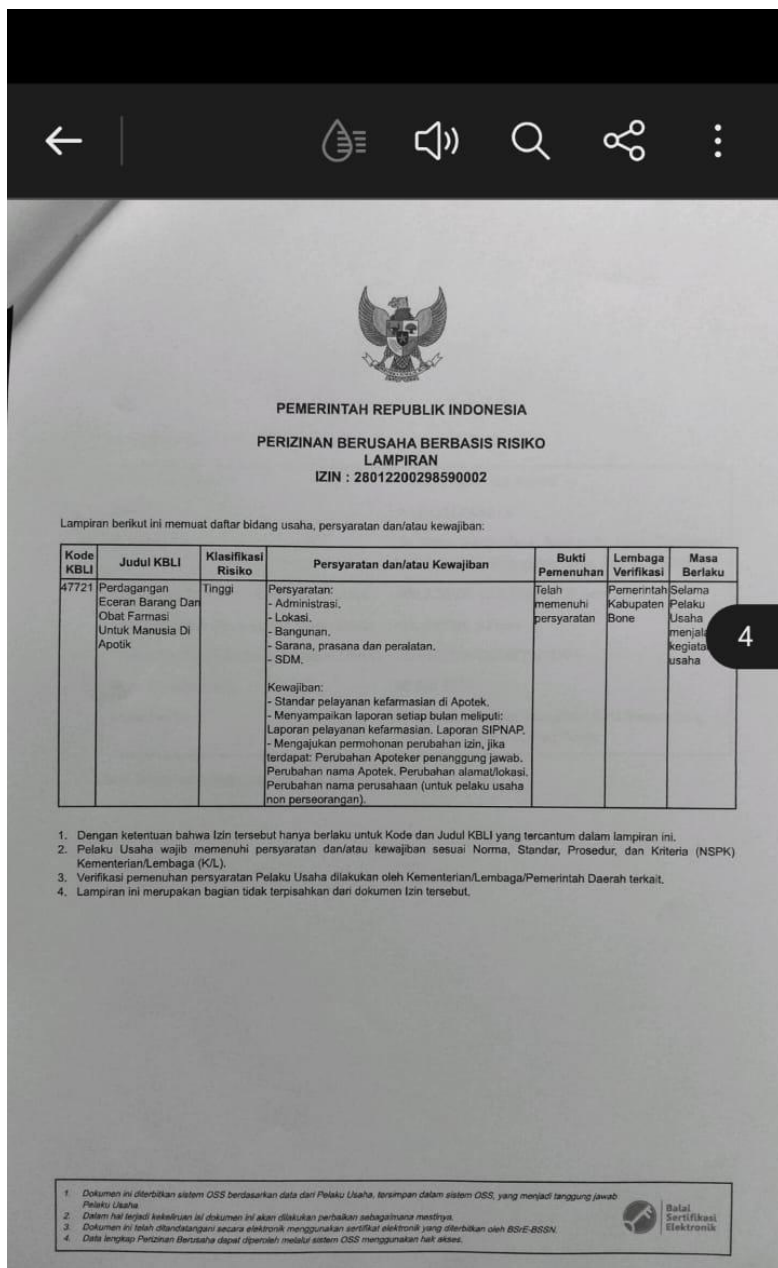
Menyetujui,


Apt. Zulfikri, S.Parm.

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









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/DPMTSP/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 pelayanan 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)



Edit PDF



Komentar



Sorot



Gambar



Fill & Sign



Alat lainnya



PEMERINTAH KABUPATEN BONE
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jalan Jend. Ahmad Yani No. 3 Kabupaten Bone Provinsi Sulawesi Selatan
Website : <http://dpmptsp.bone.go.id> e-mail : dpmptsp@bone.go.id
Kode Pos 92733, Telp/Fax (0481) 25056

SURAT IZIN PRAKTIK TENAGA TEKNIS KEFARMASIAN (SIPTTK) KEDUA
Nomor : 85/XII/SIPTTK/DPMP/SP/2021

Yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Bone memberikan Izin Praktik Tenaga Teknis Kefarmasian Kedua Kepada

Nama Lengkap	ANDI WAHYUNI SYARIF, A. Md. Farm
Tempat / Tanggal Lahir	Bone, 24 Oktober 1989
Alamat Rumah	Lingk. Tanabatu II Kel. Tanabatu Kec. Libureng
Nomor STRTTK	19891024/STRTTK-73/2018/2/4688
Masa berlaku STRTTK sampai	24 Oktober 2026
Untuk Melakukan Praktik di	
Nama Tempat Praktik	APOTEK ALFATH FARMA
Alamat	Kel. Tanabatu Kec. libureng
Waktu Praktik	Hari : Senin-Sabtu Jam : 15.00 s.d 22.00 Wita
Masa berlaku SIPTTK sampai	24 Oktober 2026

Dengan ketentuan sebagai berikut :

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



Dikeluarkan di : Watampone
Pada tanggal : 30 Desember 2021
KEPALA DINAS,
A. HERMAN SAMPARA, SH, MH
Pangkat Pembina Utama Muda
NIP. 19620724 199003 1 008

Rp.0,-

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 Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI) Cabang Bone.



Edit PDF



Komentar



Sorot



Gambar



Fill & Sign



Alat lainnya



Edit PDF



Komentar



Sort



Gambar



Fill & Sign



Alat lainnya



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 Persatuan Ahli Farmasi Indonesia (PAFI) Cabang Bone.



NPWP : 71257.226.2-808.000
NAMA : ZAINUDDIN / ANDI WAHYUNI SYARIF (Isteri)
NIK : 7308100508900003
ALAMAT : LINGK. CAROMPO RT 001 RW 003
TANETE - CINA
BONE - SULAWESI SELATAN
KPP : KPP PRATAMA WATAMPONE

PERHATIAN

- Kartu ini harus disimpan baik-baik dan apabila hilang, agar segera melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdekat.
- 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

BERSAMA ANDA MEMBANGUN BANGSA



Edit PDF



Komentar



Sortir



Gambar



Fill & Sign



Alat lainnya