



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

Alamat : Jln. Jend. Sudirman, Kelurahan Senga, Kecamatan Belopa, Kab. Luwu Telpn : (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/V/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 DPMPSTSP Kabupaten Luwu.

**MEMBERIKAN IZIN KEPADA**

Nama : **Apt. Umi Kalsum Gafaruddin, S.Farm**  
Tempat/Tanggal Lahir : **Tiromanda / 11 Agustus 2000**  
Alamat : **Dsn. Tiromanda, Desa Tiromanda**  
Nomor STRA : **YN00001575490156**

Untuk berpraktek sebagai Apoteker di **APOTEK ATLANTIC BAJO**

Lokasi Praktik : **Jl. Gunung Latimojong**  
**Desa Balla**  
**Kecamatan Bajo**  
Nomor SIPA : **0004/SIPA/13.01/DPMPSTSP/II/2025**

Berlaku sampai dengan **11 Agustus 2030**

**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 : 05 Februari 2025  
Kepala Dinas



**Drs. MUHAMMAD RUDI, M.Si**  
Pangkat : Pembina Utama Muda IV/c  
NIP : 19740411 199302 1 002

**Tembusan :**

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





**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO  
IZIN : 21012500270150004**

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                                     | : UMI KALSUM GAFARUDDIN  |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB)                            | : 2101250027015  |
| 3. Alamat Kantor   | : DSN. ASSALLANGNGE, Desa/Kelurahan Tiromanda, Kec. Bua, 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  | : Jl. G. Latimojong, Desa/Kelurahan Balla, Kec. Bajo, Kab. Luwu, Provinsi Sulawesi Selatan,<br>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: 20 Maret 2025

**a.n. Bupati Luwu  
Kepala DPMPTSP Kabupaten Luwu,**



**Ditandatangani secara elektronik**

Dicetak tanggal: 20 Maret 2025

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 : 21012500270150004

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 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.



**PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA**  
**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO**  
**LAMPIRAN**  
**IZIN APOTEK 21012500270150004**

Lampiran berikut memuat data teknis Izin Apotek, sebagai berikut:

Status Permohonan	: Baru/Perpanjangan/Perubahan
Nama Apotek	: APOTEK ATLANTIC BAJO
Alamat Apotek	: Jl. G. Latimojong, Desa/Kelurahan Balla, Kec. Bajo, Kab. Luwu, Provinsi Sulawesi Selatan
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	: apt. Umi Kalsum Gafaruddin, S. Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	: 0004/SIPA/13.01/DPMPTSP/III/2025
Masa Berlaku SIPA	: 11 Agustus 2030
Masa Berlaku	: 11 Agustus 2030 (Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun).

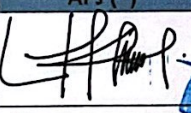


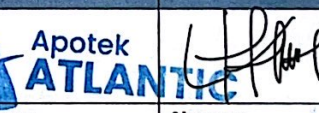


Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.



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



Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : APOTEK ATLANTIC BAJO  
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. GUNUNG LATIMOJONG DESA BALLA KEC. BAJO KAB. LUWU,  
PROVINSI SULAWESI SELATAN  
 No NPWP (\*) : 0632 4664 6280 3000  
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 2101500270150004  
 dan Toko Obat) Masa berlaku .....  
 No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 2101250027015 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 (*)	ap. Umi Kalsum G.,	004514/13.01/DPMKSP/	11 Agustus 2030	0853-4296-4397
2 Apoteker Pendamping 1	S. Farm.	11 / 2025		
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Nurfadila Kawi, Amd Farm.		02 Februari 2026	
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2		0006/SIPK/07.08/		
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3		DPMKSP/11/2022		

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
					
Nama : <u>ap. Umi Kalsum G. S. Farm.</u>	Nama :	Nama : <u>Dia.</u>	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 : .....

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : Umi	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 : apt. Umi Kalburu G.S.farm.  
Tempat/Tgl lahir : Timomanda . 11 Agustus 2000  
Alamat : Desa Timomanda Kec. Bua . Kab. Luwu , Sul-sel.

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari APOTEK ATLANTIC BAJO  
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.

Bajo, Jumat 22 10/2015

Menyetujui,  
  
**ATLANTIC**  
(Umi Kalburu)

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

PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN LUWU

NIK : 7317085108010002

Nama	: UMI KALSUM GAFARUDDIN	
Tempat/Tgl Lahir	: TIROMANDA, 11-08-2000	
Jenis Kelamin	: PEREMPUAN Gol. Darah : -	
Alamat	: DSN. TIROMANDA	
RT/RW	: 002/002	
Kel/Desa	: TIROMANDA	<p>LUWU 10-05-2018</p> 
Kecamatan	: BUA	
Agama	: ISLAM	
Status Perkawinan	: BELUM KAWIN	
Pekerjaan	: PELAJAR/MAHASISWA	
Kewarganegaraan	: WNI	
Berlaku Hingga	: SEUMUR HIDUP	







KPP PRATAMA PALOPO

**63.246.646.2-803.000**

**APOTEK ATLANTIC BAJO**

**NPWP16 : 0632 4664 6280 3000**



**JL. G. LATIMOJONG, BALLA, BAJO, KAB. LUWU,  
SULAWESI SELATAN, 91995**

Scanned with CamScanner  
Tanggal Terdaftar 07/02/2022



**odjp**