



## SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 576/436/DPMPTSP/X/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatanganan Perizinandan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin praktek/kerja kepada :

Nama : **Rosita, S.Farm,Apt**  
Tempat / Tgl. Lahir : Tomoni / 29 Desember 1984  
Alamat Rumah : Jl.Trans Sulawesi, Desa Mandiri, Kec.Tomoni  
Nomor STR : 19841229/STRA-UNHAS/2009/27256  
Nomor Rekomendasi : 440/082-REK/DINKES, Tanggal 29 September 2021  
Jenis Tenaga Kesehatan : Apoteker (SIPA) yang Pertama  
Untuk Praktek/Kerja : Pada Sarana Swasta  
Berlaku sampai dengan : **29 Desember 2026**  
No. Hp : 085342917234

Untuk melaksanakan praktik/ Kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Aridan Farma Jl.Trans Sulawesi, Ds.Mandiri, Kec.Tomoni, Kab.Luwu Timur**. Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan/atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.
- KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.



Ditetapkan di : Malili  
Pada Tanggal : 01 Oktober 2021

An. Bupati Luwu Timur  
Kepala DPMPTSP

**Andi Habil Unru, SE**

Pangkat : Pembina Tk.I

NIP : 19641231 198703 1 208

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
(DPMPTSP)  
KABUPATEN LUWU TIMUR



## SURAT IZIN SARANA DAN PRASARANA KESEHATAN

Nomor : 026/SRPR-KES/DPMPSTP/XI/2021

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 56 Tahun 2017 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan, Penandatanganan Perizinan dan Non Perizinan dari Bupati Luwu Timur Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu. Maka yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu memberikan izin Apotek:

Nama Sarana	: Apotek Aridan Farma
Alamat	: Jl. Trans Sulawesi Desa Mandiri Kec. Tomoni
Kabupaten	: Luwu Timur
Telepon	: 0853 4291 7234
Nomor Rekomendasi	: 440/111-REK/DINKES, Tanggal 24 November 2021
Jenis Sarana Kesehatan	: Apotek

Kepada :

Nama Penanggung jawab	: Rosita, S.Farm., Apt
Tempat / Tgl. Lahir	: Tomoni / 29 Desember 1984
Alamat	: Jl. Trans Sulawesi Desa Mandiri Kec. Tomoni
Nomor STRA	: 19841229/STRA-UNHAS/2009/27256
Masa Berlaku STRA sampai	: 29 Desember 2026
Masa Berlaku SIPA	: 29 Desember 2026
Masa Berlaku SIA	: 29 Desember 2026

Dengan ketentuan sebagai berikut :

- KESATU : Tidak merubah dan / atau menambah kegiatan usaha serta data dan informasi sebagaimana yang tercantum di dalam surat izin ini.
- KEDUA : Mematuhi segala ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.
- KETIGA : Melakukan daftar ulang (*Herregistrasi*) 1 (satu) bulan sebelum masa berlaku izin berakhir.



Ditetapkan di : Malili  
Pada Tanggal : 24 November 2021

An. Bupati Luwu Timur  
Kepala DPMPSTP



Andi Habi Unru, SE

Rangkat : Pembina Tk. I

NIP : 19641231 198703 1 208

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Luwu Timur.

DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU  
(DPMPSTP)  
KABUPATEN LUWU TIMUR



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)


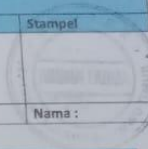
Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (\*) : ART. ARIDAN. FARMA.  
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. TRANS SULAWESI. DESA MANDIRI. KEC. TOMOGI.  
 No NPWP (\*) : 09.500.120.4.022.000  
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (\*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 006.0006/DEMASPO/2021,  
 dan Toko Obat) Masa berlaku 29. DESEMBER 2026  
 No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : ..... Masa Berlaku .....  
 No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : ..... Masa Berlaku .....  
 Sertifikat CDOB PBF (\*) : ..... Masa Berlaku .....

API / Apoteker Pendamping / TTK	Nama (*)	No Surat Ijin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	ROSITA S.FARM	576/436/DEMASPO/2021	29.12/2026	0053 9291-7234
2 Apoteker Pendamping 1		X/2021		
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Tanda Tangan API (*)	Spesimen tanda tangan AA	Tanda Tangan	Tanda Tangan Outlet (*)
			
Nama : <u>ROSITA S.FARM</u>	Nama : <u>ROSITA S.FARM</u>	Nama : <u>ROSITA S.FARM</u>	Nama : <u>ROSITA S.FARM</u>

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (\*) : ROSITA S.FARM  
 Handphone : 0053 - 9291 - 7234 Telpn : .....  
 Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : ROSITA S.FARM  
 Handphone : 0053 - 9291 - 7234 Telpn : .....  
 Nama PIC Bagian Pembayaran (\*) : ROSITA S.FARM  
 Handphone : 0053 - 9291 - 7234 Telpn : .....

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

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	API
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 : Rosita  
Tempat/Tgl lahir : Tuwani / 29-Desember-1984  
Alamat : Mandiri / Luwu Timur

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.

Menyetujui,



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



PROVINSI SULAWESI SELATAN  
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7371096912840004

Nama : ROSITA  
Tempat/Tgl Lahir : TOMONI, 29-12-1984  
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah : O  
Alamat : DSN. KEBUN RAMI 3  
RT/RW : 001/000  
Kel/Desa : MANDIRI  
Kecamatan : TOMONI  
Agama : ISLAM  
Status Perkawinan: KAWIN  
Pekerjaan : PEGAWAI NEGERI SIPIL (PNS)  
Kewarganegaraan: WNI  
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR  
13-07-2021



# DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

**NPWP : 89.500.120.4-822.000**

**ROSITA**

**DINKES KAB.GORONTALO UTARA/DSN TUHIANGO  
LEBOTO, KWANDANG  
GORONTALO UTARA 96252**

**TERDAFTAR : 07-04-2010**