



PEMERINTAH KABUPATEN MAMUJU
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

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

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

Nomor: 347/SIPA/I/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 Pendeklegasian 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 :

Apt. Gita Lestari, S.Farm

Nik	:	7605065311990001
Tempat/Tanggal Lahir	:	Pelattoang, 13 November 1999
Alamat	:	Jl. Marthadinata
Npwp	:	423271683.813-000
Nomor STRA	:	282872122-99111301
Untuk Bekerja Sebagai	:	Apoteker
No. Rekomendasi	:	441/56/SIPA/I/2023/DINKES
Nama Tempat Sarana	:	Apotek Ibnu Sina
Masa Berlaku SIP	:	13 November 2027

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 tercabut dalam surat izin.

Dikeluarkan di : Mamuju
Pada Tanggal : 24 Januari 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

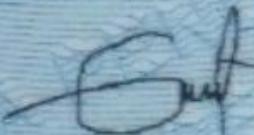
**PROVINSI SULAWESI BARAT
KABUPATEN MAMUJU**

NIK : 7605065311990001

Nama : GITA LESTARI
Tempat/Tgl Lahir : PELATTOANG, 13-11-1999
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-
Alamat : JL. MARTADINATA
RT/RW : 000/000
Kel/Desa : SIMBORO
Kecamatan : SIMBORO DAN KEPULAUAN
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: BELUM KAWIN
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



MAMUJU
01-12-2022





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO IZIN : 09122200795160003

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Pengganti Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 2022 tentang Cipta Kerja, Pemerintah Republik Indonesia menerbitkan IZIN APOTEK kepada Pelaku Usaha berikut ini:

- | | |
|--|---|
| 1. Nama Pelaku Usaha | : MUH. FURQAN |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 0912220079516 |
| 3. Alamat Kantor | : JL. MARTHADINATA, Desa/Kelurahan Simboro, Kec. Simboro dan Kepulauan, 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. MARTHADINATA, Desa/Kelurahan Simboro, Kec. Simboro dan Kepulauan, 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: 12 Februari 2023

a.n. Bupati Mamuju
Kepala DPMPTSP Kabupaten Mamuju,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 12 Februari 2023

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 : 09122200795160003

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">- Mengajukan permohonan perubahan izin, jika terdapat: Perubahan Apoteker penanggung jawab. Perubahan nama Apotek. Perubahan alamat/lokasi. Perubahan nama perusahaan (untuk pelaku usaha non perseorangan).- Menyampaikan laporan setiap bulan meliputi: Laporan pelayanan kefarmasian. Laporan SIPNAP.- Standar pelayanan kefarmasian di Apotek.	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.

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 KABUPATEN MAMUJU
DINAS KESEHATAN

Alamat : Jl. Pemuda No.02 Kode Pos 91511 Sulawesi Barat
Tlp. (0426) 21119 Fax (0426) 21119 Mamuju

REKOMENDASI

Nomor : 441/86/SIA/II/2023/DINKES

Berdasarkan Berita Acara Hasil Peninjauan Lapangan Nomor : 026/BAP/86/SIA/II/2023/DINKES terhadap permohonan :

Nomor Permohonan : **I-202212092029486505096**
Nama Usaha : **Apotek Ibnu Sina**
Nama Penanggung Jawab : **Muh. Furqan**
Alamat : **Jl. Marthadinata Mamuju**
No. Telp/HP : -
E-mail : -
Jenis Izin : **Izin Apotek**
Lokasi Izin : **Jl. Marthadinata Mamuju**

Berdasarkan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor :09 Tahun 2017 Tentang ketentuan dan tata cara pemberian Izin Apotek telah memenuhi syarat teknis untuk proses lebih lanjut penerbitan surat Izin Apotek.

Demikian Rekomendasi ini dibuat sebagai bahan pertimbangan penerbitan izin.

Mamuju, 08 Februari 2023

Mengetahui :
Plt. Kepala Dinas

dr. ACONG

Nip. 196511052000121003

SURAT PERNYATAAN

Tanda tangan di bawah ini:

Nama : apl - Gita Lestari, S.Farm
Tempat/Tgl lahir : Petoboang, 13 November 1999
Alamat : Jl. Martadinata 1 Simbora, Kel. Mamuju

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

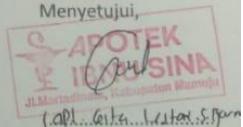
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "**transfer**" ke rekening resmi
PT. Samphrindo Putra Trading
BCA (REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami atau 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.

MAMPU, 16/03/2025

Menyetujui,



(apl...Gita...Lestari..S.Farm)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APOTEK IBNU SINNA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Marlindina, Kec. Simbire dan Kralawon

No NPWP (*) : 91.643.705.6-814.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 00122200795160003

Masa berlaku 5 tahun

dan Toko Obat)

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 0912220079516 Masa Berlaku 5 tahun

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 (*)	api. Gita Listari	347/1PA/1/2023/DPM PTSP, 13 November 2027 (081292086801)		
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Aprilia Ahmad	159/P-SKTTK/VII/2023/DPM PTSP, 06/08/2029 (082292476782)		
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 : apj. Gita Listari Nama : Nama : Nama : APOTEK IBNU SINNA, Jl. Marlindina, Kabupaten Manado Nama : Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : apj. Gita Listari, S.Farm

Handphone : 081.292.086.801 Telpo:

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : apj. Gita Listari, S.Farm

Handphone : 081.292.086.801 Telpo:

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Tri Novi Yani

Handphone : 0821.8899.6069 Telpo:

Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)			
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
Nama : Gita Lestari	Nama :	Nama : Gita Lestari	Nama :	Nama : Trioniyani	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

npwp.

KPP PRATAMA MAMUJU

91.643.705.6-814.000

MUH. FURQAN

NPWP16 : 7605 0619 0193 0001



JL PABABARI (LORONG SDK) LINGKUNGAN PEMBAHARUA
KAREMA MAMUJU
KAB. MAMUJU SULAWESI BARAT
Tanggal Terdaftar 28/05/2019



djp

SURAT PERNYATAAN

Tanda tangan di bawah ini:

Nama : apl - Gita Lestari, S.Parm
Tempat/Tgl lahir : Petoboang, 13 November 1999
Alamat : Jl. Martadinata 1 Simbora, Kel. Mamuju

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

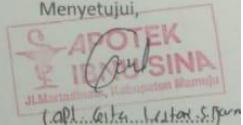
1. Bersedia melakukan pembayaran setiap tagihan dengan cara "**transfer**" ke rekening resmi
PT. Samphrindo Putra Trading
BCA (REK: 871 576 7798 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
BRI (REK: 2242-01-000295-30-0 / a.n SAMPHARINDO PUTRA TRADING)
2. Menginfokan setiap bukti transfer kepada salesman kami atau 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.

MAMPU, 16/03/2025

Menyetujui,



(apl...Gita...Lestari..S.Parm)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APOTEK IBNU SINNA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Marlindina, Kec. Simbire dan Kalauan

No NPWP (*) : 91.643.705.6-814.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 00122200795160003

Masa berlaku 5 tahun

dan Toko Obat)

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 0912220079516 Masa Berlaku 5 tahun

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 (*)	api. Gita Listari	347/1PA/1/2023/DPM PTSP, 13 November 2027 (081292086801)		
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	Aprilia Ahmad	159/P-SKTTK/VII/2023/DPM PTSP, 06/08/2029 (082292476782)		
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 : apj. Gita Listari Nama : Nama : Nama : APOTEK IBNU SINNA, Jl. Marlindina, Kabupaten Manado Nama : Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : apj. Gita Listari, S.Farm

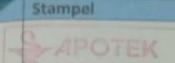
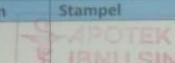
Handphone : 081.292.086.801 Telpo:

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : apj. Gita Listari, S.Farm

Handphone : 081.292.086.801 Telpo:

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Tri Novi Yani

Handphone : 0821.8899.6069 Telpo:

Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	 Jl. Madihatama, Kalipucang Bantul		 Jl. Madihatama, Kalipucang Bantul
Nama : Gita Lesiani	Nama :	Nama : Gita Lesiani	Nama : Tono Yani
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

npwp.

KPP PRATAMA MAMUJU

91.643.705.6-814.000

MUH. FURQAN

NPWP16 : 7605 0619 0193 0001



JL PABABARI (LORONG SDK) LINGKUNGAN PEMBAHARUA
KAREMA MAMUJU
KAB. MAMUJU SULAWESI BARAT
Tanggal Terdaftar 28/05/2019



djp