



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
IZIN : 16072501141490001

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 | : | NUR ALIFAH HAFID |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : | 1607250114149 |
| 3. Alamat Kantor | : | BTN PALEM HIJAU, SEKKANG, Desa/Kelurahan Bentengnge, Kec. Watang Sawito, Kab. Pinrang, 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 | : | Jalan Serigala no. 27, Desa/Kelurahan Macorawalie, Kec. Watang Sawito, Kab. Pinrang, Provinsi Sulawesi Selatan,
Kode Pos: 91212 |
| 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: 8 Agustus 2025

a.n. Bupati Pinrang
Kepala DPMPTSP Kabupaten Pinrang,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 8 Agustus 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 : 16072501141490001

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 Pinrang	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 PINRANG
DINAS KESEHATAN
Jln.Jend.Sukowati No.52 Telp (0421)921 475 Fax.(0421) 922 887
Pinrang 91212

Nomor surat : 430/18/FAR/APOTEK/DINKES/VIII/2025
Hal : Sertifikat Standar Apotek

Yang Terhormat,
Kepala DPMPTSP Kabupaten Pinrang

Berdasarkan hasil penilaian kesesuaian terhadap Standar Usaha Apotek (terlampir), kami memberikan Sertifikat Standar Apotek Terhadap :

Nama Apotek	:	APOTEK TARA MEDIKA
Nama Penanggung Jawab	:	apt. Nur Alifah Hafid, S.Farm
Nomor SIPA	:	503/0033/SIPA/DPMPTSP/07/2025
Alamat	:	Jl. Serigala No. 27
Telepon	:	081 511 234 280
Desa/Kelurahan	:	Maccorawalie
Kecamatan	:	Watang Sawitto
Kabupaten/Kota	:	Pinrang

Sertifikat Standar Apotek ini digunakan sebagai rekomendasi dalam pemberian Izin Apotek.

Pinrang, 6 Agustus 2025

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Pinrang



drg. DYAH PUSPITA DEWI, M.Kes
Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP. : 19660223 199302 2001

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Besar Sertifikasi Elektronik (BSrE), Badan Siber dan Sandi Negara (BSSN).



PEMERINTAH KABUPATEN PINRANG
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
UNIT PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
Jl. Jend. Sukawati Nomor 40. Telp/Fax : (0421)921695 Pinrang 91212

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER

Nomor : 503/0033/SIPA/DPMPTSP/07/2025

Berdasarkan Permenkes No. 31 tahun 2016 Tentang Perubahan Atas Permenkes No. 889/MENKES/PER/V/2011 Tentang Registrasi, Izin Praktik, dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian, Peraturan Bupati Pinrang Nomor 38 Tahun 2019 tentang Pelimpahan Kewenangan Perizinan dan Non Perizinan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Pinrang, **Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Pinrang** Nomor : 430/0026/SIP/DINKES/VII/2025, tanggal 14-07-2025 dan **Berita Acara Pemeriksaan DINAS PMPTSP** Nomor : 0031/BAP/SIPA/DPMPTSP/07/2025, tanggal 18-07-2025 yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Pinrang memberikan Izin Praktik Apoteker kepada :

Apt. NUR ALIFAH HAFID, S.Farm

Tempat/Tanggal Lahir	:	RAPPANG / 03-03-1998
Alamat	:	BTN PALEM HIJAU SEKKANG
Nomor STRA	:	BA00001799464074
STRA Diterbitkan Oleh	:	KONSIL KESEHATAN INDONESIA
STRA Berlaku Sampai Dengan	:	18-07-2030
Jenis Apoteker	:	Apoteker
Dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya pada :		
Fasilitas Pelayanan Kesehatan	:	Apotek
Nama Tempat Kerja / Praktik	:	TARA MEDIKA
Alamat Tempat Kerja / Praktik	:	JL. SERIGALA NO. 27 PINRANG
Masa berlaku SIPA	:	18-07-2030

Demikian izin ini kami berikan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Diterbitkan di Pinrang Pada Tanggal 18 Juli 2025



Ditandatangani Secara Elektronik Oleh :

ANDI MIRANI, AP.,M.Si

NIP. 197406031993112001

Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP

Selaku Kepala Unit PTSP Kabupaten Pinrang



Biaya : Rp 0,-



**Balai
Sertifikasi
Elektronik**



**ZONA
HIJAU** **OMBUDSMAN
REPUBLIK INDONESIA**

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan **sertifikat elektronik** yang diterbitkan BSRE

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN PINRANG

NIK : 7315044303980002

Nama : NUR ALIFAH HAFID
Tempat/Tgl Lahir : RAPPANG, 03-03-1998
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :-
Alamat : BTN PALEM HIJAU SEKKANG
RT/RW : 007/006
Kel/Desa : BENTENGNGE
Kecamatan : WATANG SAWITTO
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: BELUM KAWIN
Pekerjaan : PELAJAR/MAHASISWA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



PINRANG
22-05-2015



PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN PINRANG

NIK : 7315041611910002

Nama : ANDI AHMAD TAQWA
Tempat/Tgl Lahir : PINRANG, 16-11-1991
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah :-
Alamat : JL. SERIGALA NO 27
RT/RW : 003/001
Kel/Desa : MACCORA WALIE
Kecamatan : WATANG SAWITTO
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : PEMAJAR/MAHASISWA
Kewarganegaraan : WNI
Beriaku Hingga : SEUMUR HIDUP



PINRANG
03-04-2019

TP2 R
054166

~~signature~~



KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 74.847.237.0-802.000

H. A. AHMAD TAQWA

NIK : 7315041611910002

JL. SERIGALA NO 27 RT.003 RW.001
MACCORAWALIE, WATANG SAWITO
P. NRANG SULAWESI SELATAN

KPP PRATAMA PARE-PARE



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi : Apotek Tara Medika

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Serigala no.27, Maccorawate, Kab. Pinrang

No NPWP : 74.847.237.0 - 802.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, Rumah) : Apotek

Sakit dan Toko Obat) Masa berlaku

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 1607250114149 Masa Berlaku

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : Masa Berlaku

Sertifikat CDOB Sarana Kesehatan : Masa Berlaku

APJ / Apoteker Pendamping / TTK		Nama	No Surat Izin Kerja	Masa Berlaku	No Handphone
1	Apoteker Penanggung Jawab	Nur Alifah H			0815-1123-4280
2	Apoteker Pendamping 1	Mutmainnah H			0853-1866-2444
3	Apoteker Pendamping 2				
4	Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5	Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6	Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	APOTEK "TARA MEDIKA" JL. SERIGALA NO.27, KOTA PINRANG				
Nama : Ifa	REGISTRATION NO.: 085122012870	Nama : inma		Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran :

Handphone : Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang :

Handphone : Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran :

Handphone : Telpon :

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
	"TARA MEDIKA" JL. SERIGALA NO.27, KOTA PINRANG TELP/WA: 085122012870		"TARA MEDIKA" JL. SERIGALA NO.27, KOTA PINRANG TELP/WA: 085122012870		"TARA MEDIKA" JL. SERIGALA NO.27, KOTA PINRANG TELP/WA: 085122012870
Nama : Inna	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh	
Marketing	Keuangan	APJ	
Nama :	Nama :	Nama :	
Tgl :	Tgl :	Tgl :	

(Signature)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Andi Ahmad Taqwa
Tempat/Tgl lahir : Pinrang, 16 November 1991
Alamat : Jl. Serigala no 27

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.

Pinrang 14/10/2025

Menyetujui,



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili