


FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)



Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Mahameru Farma
 Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Trans trans Sulawesi, desa Lera, durun bandaa, kec. wotu
Luwu timur. Sul-sel
 No NPWP (*) : 92-555-866-0-803-000
 Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS) : 1280000310940002
 dan Toko Obat) Masa berlaku 17 Juli 2023
 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 Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1 Apoteker Penanggung Jawab (*)	<u>Arwandli</u>	<u>500-1672/545/NIK - 17/07-2030</u>	<u>085255331155</u>	
2 Apoteker Pendamping 1				
3 Apoteker Pendamping 2				
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1				
5 Tenaga Teknis Kefarmasian 2				
6 Tenaga Teknis Kefarmasian 3				

Spesimen tanda tangan					
Tanda Tangan API (*)	Stampel Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)	
<u>Arwandli</u>					
Nama : <u>Arwandli</u>	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) : Arwandli
 Handphone : 085255331155 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 :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama : Arwandi	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 : *Aswandi, S. Farm., M. Farm., Apt*
Tempat/Tgl lahir : *Wote, 17 Juli 1950*
Alamat : *Luwu Timur*

Adalah sebagai *Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili* dari *Apotek Mahameru Farm*
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.



Aswandi
(.....)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUWU TIMUR

NIK : 7324060707900002

Nama : ASWANDI
Tempat/Tgl Lahir : WOTU, 17-07-1990
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : O
Alamat : JL. PAHLAWAN
RT/RW : 003/000
Kel/Desa : BAWALIPU
Kecamatan : WOTU
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : BELUM/TIDAK BEKERJA
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUWU TIMUR
03-10-2018



KPP PRATAMA PALOPO

92.555.866.0-803.000

ASWANDI

NPWP16 : 7324 0607 0790 0002



JALAN PAHLAWAN, BAWALIPU, WOTU, KAB. LUWU
TIMUR, SULAWESI SELATAN, 92971

Tanggal Terdaftar 15/08/2019



djp

www.pajak.go.id

Pajak Kita Untuk Kita

npwvp.



KEMENTERIAN KEUANGAN
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

Kartu ini harap disimpan baik-baik dan apabila hilang, agar segera melapor ke Kantor Pelayanan Pajak terdaftar

NPWP agar dicantumkan dalam hal berhubungan dengan dokumen perpajakan

Dalam hal Wajib Pajak pindah domisili, supaya melaporkan diri ke Kantor Pelayanan Pajak lama atau Kantor Pelayanan Pajak baru.

Seluruh layanan perpajakan tidak dipungut biaya



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

Alamat : Jl. Soekarno Hatta, Kecamatan Malili, Kabupaten Luwu Timur, Sulawesi Selatan
No. Telp. 0812 3457 7756 Website : www.dpmptsp.luwutimur.go.id
email : dpmptsp@luwutimurkab.go.id

SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 500.16.7.2/549/SIK/DPMPTSP-LT/VII/2025

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 80 Tahun 2023 tentang Pendelegasian Kewenangan Penyelenggaraan Perizinan Berusaha di Daerah 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 : **Aswandi, S.Farm, M.Farm, Apt**
Tempat / Tgl. Lahir : **Wotu, 17 Juli 1990**
Alamat Rumah : **Jl. Pahlawan, Desa Bawalipu, Kec. Wotu**
Nomor STRA : **SG00001130618968**
Nomor Rekomendasi : **400.7.20.1/047-REK/DINKES/2025, Tanggal 07 Juli 2025**
Jenis Tenaga Kesehatan : **Apoteker (SIPA) yang Kedua**
Untuk Praktek/Kerja : **Pada Sarana Swasta**
Waktu Praktek : **- Hari : Senin - Sabtu**
- Jam : 14.00 s/d 21.00 Wita
Berlaku sampai dengan : **17 Juli 2030**
No. Hp : **085295331155**

Untuk melaksanakan praktek/kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Mahameru Farma, Jl. Trans Sulawesi, Desa Lera, Kec. Wotu**. 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 : **10 Juli 2025**

An. **Bupati Luwu Timur**
Plt. Kepala DPMPTSP



ABDUL WAHID RAHIM SANGKA,SP,M.Si
Pangkat : **Pembina Utama Muda (IV.c)**
NIP. **19690126 199803 1 004**

Tembusan:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Sul-Sel;
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Luwu Timur.



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 12800003109450002

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 | : ASWANDI |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 1280000310945 |
| 3. Alamat Kantor | : JL.PAHLAWAN, Desa/Kelurahan Bawalipu, Kec. Wotu, Kab. Luwu Timur, 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 | : Jln. Trans Sulawesi Desa Lera, Dusun Bandoa, Kec. Wotu, Luwu Timur Sul-Sel, Desa/Kelurahan Lera, Kec. Wotu, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 92971 |
| 6. Skala Usaha | : Usaha Mikro |
| 7. Perpanjangan atas Izin | : |
| - Nama Izin | : Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik |
| - Nomor Izin dan Tanggal Terbit | : 007/SRPR-KES/DPMPTSP/VII/2021, Tanggal 7 Juli 2021 |

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: 31 Juli 2025

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



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 31 Juli 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 : 12800003109450002

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 terverifikasi	Pemerintah Kabupaten Luwu Timur	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 12800003109450002

Lampiran berikut memuat data teknis **Izin Apotek**, sebagai berikut :

Status Permohonan	:	Perpanjangan
Nama Apotek	:	APOTEK MAHAMERU FARMA
Alamat Apotek	:	Jl. Trans Sulawesi, Desa Lera, Kec. Wotu, Kab. Luwu Timur, Prov. Sulawesi Selatan.
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	Aswandi, S.Farm, M.Farm, Apt
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/549/SIK/DPMPTSP-LT/VII/2025
Masa Berlaku SIPA	:	17-07-2030
Masa Berlaku	:	Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.

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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSR-E-BSSN.
4. Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.

