



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.dpmpfsp.luwutimur.go.id
email : dpmpfsp@luwutimurkab.go.id

SURAT IZIN TENAGA KESEHATAN

Nomor : 500.16.7.2/644/SIK/DPMPTSP-LT/VIII/2025

Berdasarkan Peraturan Bupati Luwu Timur Nomor 80 Tahun 2023 tentang Pendeklegasian 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 : apt. Syamsiar, S.Si
Tempat / Tgl. Lahir : Bone, 22 Maret 1981
Alamat Rumah : JL DR. Sam Ratulangi, Desa Puncak Indah, Kec. Malili
Nomor STRA : OU00000216493472
Nomor Rekomendasi : 400.7.20.1/058-REK/DINKES/2025, Tanggal 05 Agustus 2025
Jenis Tenaga Kesehatan : Apoteker (SIPA) yang Kesatu
Untuk Praktek/Kerja : Pada Sarana Swasta
Waktu Praktek : - Hari : Senin - Sabtu
- Jam : 16.00 s/d 18.00 Wita
Berlaku sampai dengan : 05 Agustus 2030
Sebagai : Apoteker Penanggung Jawab
No. Hp : 085342000998

Untuk melaksanakan praktek/kerja sebagai tenaga kesehatan pada **Apotek Trans Farma 2, Jl. Poros Sultra, Desa Pasi-Pasi, Kec. Malili.** 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 : 08 Agustus 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.

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



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO NOMOR INDUK BERUSAHA: 1908220044075

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 Nomor Induk Berusaha (NIB) kepada:

- | | |
|--|--|
| 1. Nama Pelaku Usaha | : SYAMSIAR |
| 2. Alamat | : Jl. DR. Samratulangi, Desa/Kelurahan Puncak Indah, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Provinsi Sulawesi Selatan |
| 3. Nomor Telepon Seluler | : +6285342000998 |
| Email | : iansyamsiar@gmail.com |
| 4. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : Lihat Lampiran |
| 5. Skala Usaha | : Usaha Mikro |

NIB ini berlaku di seluruh wilayah Republik Indonesia selama menjalankan kegiatan usaha dan berlaku sebagai hak akses Kepabeanan, pendaftaran kepesertaan jaminan sosial kesehatan dan jaminan sosial ketenagakerjaan, serta bukti pemenuhan laporan pertama Wajib Lapor Ketenagakerjaan di Perusahaan (WLKP).

Pelaku Usaha dengan NIB tersebut di atas dapat melaksanakan kegiatan berusaha sebagaimana terlampir dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Khusus untuk KBLI dengan klasifikasi risiko rendah sebagaimana terlampir, NIB merupakan perizinan tunggal yang berlaku sebagai sertifikasi jaminan produk halal berdasarkan pernyataan mandiri pelaku usaha dan setelah memperoleh pembinaan dan/atau pendampingan Proses Produk Halal (PPH) dari Pemerintah Pusat dan Pemerintah Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Diterbitkan di Jakarta, tanggal: 19 Agustus 2022

Perubahan ke-1, tanggal: 3 Maret 2023

Menteri Investasi dan Hilirisasi/
Kepala Badan Koordinasi Penanaman Modal,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 2 September 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 kesalahan isi dokumen ini akan dilakukan perbaikan sebagaimana mestinya.
3. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSrE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
IZIN : 19082200440750002

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 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. Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh BSsE-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA
PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
IZIN APOTEK 19082200440750002

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

Status Permohonan	:	Baru
Nama Apotek	:	APOTEK TRANS FARMA 2
Alamat Apotek	:	Jl. Poros Sultra, Desa Pasi-Pasi, Kec. Malili, Kab. Luwu Timur, Prov. Sulawesi Selatan.
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	:	apt. Syamsiar, S.Si
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	:	500.16.7.2/644/SIK/DPMPTSP-LT/VIII/2025
Masa Berlaku SIPA	:	05-08-2030
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 dan 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 BSrE-BSSN Data lengkap Perizinan.
4. Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 81.834.766.8-803.000

SYAMSIAR, S.SI

NIK : 7371126203810005

JL. DR SAM RATULANGI RT 001
PUNCUK INDAH MALL
KAB. LUWU TIMUR SULAWESI SELATAN

KPP PRATAMA PALOPO



PROVINSI SULAWESI SELATAN
KABUPATEN LUMU TIMUR

NIK : 7371126203810005

Nama : SYAMSIAR, S.Si
Tempat/Tgl Lahir : BCHE, 22 03 1981
Jenis Kelamin : PEREMPUAN Gol Darah : A
Alamat : J. DR SAM RATULANGI
RT/RW : 001/009
Kel/Desa : PUNCAK INDAH
Kecamatan : MALLI
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : WIRASWASTA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



LUMU TIMUR
05-10-2017



SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Opt. Syamsiar, S.Si
Tempat/Tgl lahir : Bone, 22 Maret 1981
Alamat : Jl. DIL. Sam Ratulangi, Desa Punak Indah, Kec. Mualli, Kab. Luwu Timur.

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **Apotek Trans Farma 2** 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.

Makassar, 24/09/2025

Menyetujui,



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

FORM SPESIMEN RELASI
DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : Apotek Trans Farma 2

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Poros. Sultra, Desa Pari-Pari, Kec. Makuli, Kab. Luwu Timur

No NPWP (*) : 81.021.76C.8-803.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 1908220044750002

dan Toko Obat) Masa berlaku 05.08.2030

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 1908220044750002 Masa Berlaku 05.08.2030

No Tanda Daftar Perusahaan (TDP) : 1908220044075 Masa Berlaku 05.08.2030

Sertifikat CDOB PBF (*) : Masa Berlaku.....

APJ / Apoteker Pendamping / TTK		Nama (*)	No Surat Izin Praktek/SIP(*)	Masa Berlaku (*)	Kontak (*)
1	Apoteker Penanggung Jawab (*)	Syamsiar, S.Si	00000216493472	05-08-2030	082151836053
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 APJ (*)	Stampel (*)	Tanda Tangan AA	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
 Trans Farma 2 Nama : Syamsiar, S.Si Nama :					

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Syamsiar, S.Si

Handphone : 082151836053 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
					
Nama : Syamsiar, S.Si	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

