



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jl. Jendral Ahmad Yani No. 2 Makassar 90171
Website: dpmptsp.makassar.go.id



SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

Nomor: 503/34602/SIP.A/DPM-PTSP/9/2025

Berdasarkan Peraturan Walikota Makassar Nomor 4 Tahun 2023 tentang Penyelenggaraan Perizinan Berusaha Berbasis Resiko, Perizinan Non Berusaha dan Non Perizinan, maka yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar memberikan Surat Izin Praktik (SIP), Kepada:

apt. SARINAH, S.Farm

Jenis Praktek : Surat Izin Praktik (SIP)
Tempat, tanggal lahir : Ujung Pandang, 18-08-1986
Alamat : Jl. Cendrawasih Lr.2 No. 15, G Makassar
Tempat Praktik yang ke-2 : Apotek Rivai Husa Farma
Kelurahan : Baji Mappakasunggu
Kecamatan : Marajung
Jalan : Jl. Opu Daeng Risadju No. 424 Makassar
Jadwal Praktek : Senin - Sabtu, Pukul 17.00 - 22.00 Wita
No. STR : TQ00000928881651
Masa berlaku SIP : 09 September 2025 - 18 Agustus 2027
No. Rekomendasi Dinkes : 440/22818/Rek.A/DKK/IX/2025
Untuk Praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab



Ditetapkan di Makassar

Pada tanggal: 09 September 2025



Ditandatangani secara elektronik oleh
KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KOTA MAKASSAR

H. MUHAMMAD MARIG SAZD, S.SP., M.Si.

Tembusan :

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Peringgal,-

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik.

KONSIL TENAGA KESEHATAN INDONESIA
THE INDONESIAN HEALTH WORKFORCE COUNCIL

SURAT TANDA REGISTRASI APOTEKER
REGISTRATION CERTIFICATE OF PHARMACIST

NOMOR REGISTRASI : TQ00000928881651
REGISTRATION NUMBER

NAMA : Sarinah
NAME

TEMPAT / TANGGAL LAHIR : Ujung Pandang, 18 Agustus 1986
PLACE / DATE OF BIRTH

JENIS KELAMIN : Perempuan
SEX Female

SERTIFIKAT PROFESI/HAZAH : 022091056809045
PROFESSION CERTIFICATE NUMBER

TANGGAL LULUS : 15 Februari 2022
DATE OF GRADUATION

PERGURUAN TINGGI : Universitas Megarezky
UNIVERSITY

KOMPETENSI : Apoteker
COMPETENCE Pharmacist

NOMOR SERTIFIKAT KOMPETENSI : 27.2779/PP.IAI-UNIMERZ/III/2022
CERTIFICATE OF COMPETENCE NUMBER

BERLAKU HINGGA : Seumur Hidup
VALID UNTIL Lifetime



Jakarta, 7 Februari 2024
a.n. Menteri Kesehatan
On behalf of the Minister of Health
KETUA KONSIL KEFARMASIAN
Head of Pharmacy Council



Dr. apt. Privanto, M.Biomed
Registrar

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE) BSSN, dinyatakan sah secara hukum dan tidak diperlukan legalisir

This document has been signed electronically using an electronic certificate issued by the National Cyber and Crypto Agency (BSSN) declared legally valid and no legalization is required.




tki.kemkes.go.id


PROVINSI SULAWESI SELATAN
KOTA MAKASSAR

NIK : 7371131904770006

Nama : AMRIN
Tempat/Tgl Lahir : UJUNG PANDANG, 19-04-1977
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : AB
Alamat : JL. RAJAWALI I LR 299 NO 8 A
RT/RW : 005/003
Kel/Desa : MARISO
Kecamatan : MARISO
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : KAWIN
Pekerjaan : WIRASWASTA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



KOTA MAKASSAR
10-04-2025



KANTOR PELAYANAN PAJAK PRATAMA MAKASSAR BARAT

1000 0000 0557 8340

RIVAI HUSA JAYA



JL. RAJAWALI I LR. 299 NO. 8 A RT. 005 RW. 003, MARISO,
MARISO, KOTA MAKASSAR, SULAWESI SELATAN

TANGGAL TERDAFTAR 16/09/2025



djp

FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : APOTEK RIVAI HUSA FARMA

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : JL. OPI Dg. SIPADJU Kb. 111 MABATTAR

No NPWP (*) : 1000 0000 0557 8340

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 17092500963930001


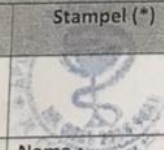
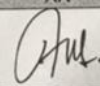
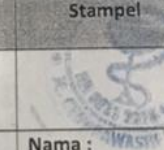

dan Toko Obat) Masa berlaku

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : 1709250096393 Masa Berlaku 9 SEPTEMBER 2024 - 18 AGUSTUS 2029

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 (*)	<u>DR. SARINAH, S. Farm</u>	<u>505/34602/SIP</u>	<u>03 SEPTEMBER 2024</u>	<u>0852-1144-1493</u>
2 Apoteker Pendamping 1		<u>A / DPM - MSEP</u>	<u>18 AGUSTUS 2023</u>	
3 Apoteker Pendamping 2		<u>19/2025</u>		
4 Tenaga Teknis Kefarmasian 1	<u>VERA DEWI LESTARI</u>	<u>505/34602/SIP/DPN-1006/1006</u>	<u>23/9/2024 - 24/9/2024</u>	<u>0878-9081-0682</u>
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 :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasanan (*) : Yusliana







Handphone : 0895-1063-0684 Telpon :




Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Yusliana

Handphone : 0895-1063-0684 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Yusliana

Handphone : 0895-1063-0684 Telpon :

Spesimen Bagian Pemasanan		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : Yuliana	Nama :	Nama : Yuliana	Nama :	Nama : Yuliana	Nama :

Diperiksa Oleh		Divertifikasi Oleh
Marketing	Keuangan	APJ
		
Nama :	Nama : Yuliana	Nama : apt. Satrio, S. Purno
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 : AMRIN
Tempat/Tgl lahir : Ujung Pandang 16-04-1977
Alamat : Jl. Panawati 1. Tr 293. No. 8A MAKASSAR

Adalah sebagai Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili dari ADITEK RUMAH HUSA FARMA 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.

04 / 10 / 2025

Mengetahui


AMRIN
(Makassar, 04/10/2025)

*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili



PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO

IZIN : 17092500963930001

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 | : CV RIVAI HUSA JAYA |
| 2. Nomor Induk Berusaha (NIB) | : 1709250096393 |
| 3. Alamat Kantor | : JL. RAJAWALI I LR. 299 NO. 8 A, Desa/Kelurahan Mariso, Kec. Mariso, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90122 |
| 4. Status Penanaman Modal | : PMDN |
| 5. No. Telepon | : 081242499955 |
| 6. Kode Klasifikasi Baku Lapangan Usaha Indonesia (KBLI) | : 47721 - Perdagangan Eceran Barang Dan Obat Farmasi Untuk Manusia Di Apotik |
| 7. Lokasi Usaha | : Jl. Opu Dg. Siradju No. 424, Desa/Kelurahan Mariso, Kec. Mariso, Kota Makassar, Provinsi Sulawesi Selatan, Kode Pos: 90122 |
| 8. 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: 26 September 2025

a.n. Wali Kota Makassar
Kepala DPMPSTSP Kota Makassar,



Ditandatangani secara elektronik

Dicetak tanggal: 26 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 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. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA

**PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN**

IZIN : 17092500963930001

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 Kota Makassar	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 BSR-E-BSSN.
4. Data lengkap Perizinan Berusaha dapat diperoleh melalui sistem OSS menggunakan hak akses.





PEMERINTAH REPUBLIK INDONESIA
PERIZINAN BERUSAHA BERBASIS RISIKO
LAMPIRAN
IZIN 17092500963930001

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

Status Permohonan	: Permohonan Perpanjangan
Nama Apotek	: Apotek RIVAI HUSA FARMA
Alamat Apotek	: Jl. Opu Daeng Risadju No.424 Makassar
Nama Apoteker Penanggung Jawab Teknis	: apt. Sarinah.,S.Farm
Nomor Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)	: 503/34602/SIP.A/DPM-PTSP/9/2025
Masa Berlaku SIPA	: 09 September 2025 – 18 Agustus 2027
Nomor SSA	: 400.7.5.4/371/Dinkes/IX/2025
Masa Berlaku	: Izin Apotek berlaku mengikuti masa berlaku SIPA penanggung jawab, maksimal 5 (lima) tahun.

Data Teknis ini berlaku juga sebagai Sertifikat Standar Apotek.