



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

Nomor : 503/25.1.13/SIPA-KES/DPM-PISP/I/2022

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 31 Tahun 2016 tentang Registrasi Izin Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasiaan dan Peraturan Walikota Makassar Nomor 59 Tahun 2021 Teritang Pendeklegasian Kewenangan Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Berusaha Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar maka yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Makassar memberikan Surat Izin Praktek, Kepada :

api. ANDI TENRI OLLE SURYADARMA, S.Si

Tempat / Tgl Lahir : Ujung Pandang, 14 Desember 1973
Alamat : Jl. Kabilia Timur 19 Bukit Baruga Makassar
Tempat Praktik : Puskesmas Antang
Alamat Tempat Praktik : Jl. Antang Raya No. 43 Makassar
Waktu/Jam Praktik : Senin - Kamis, Pukul : 07.30 - 14.00 WITA, Jumat : 07.30 - 12.00 WITA, Sabtu : 07.30 - 13.00 WITA
Keluarga : Antang
Kecamatan : Manggala
No. SIRA : 19731214/SIRA UNHAS/2000/216976
SIPA berlaku sampai : 14 Desember 2026
No. Rekomendasi OP : REK-000569/PC.IAI/Kota Makassar/XII/2021
No. Rekomendasi Dinkes : 440/157/REK.SIPA/DKK/I/2022
Unit Praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab

Ditetapkan di Makassar
Pada Tanggal : 12 Januari 2022

KETUA DINAS

A. ZUTKIFLY, S.SIP., M.Si

Pangkat : Pembina Tk.I

NIP : 19800630 199810 1 002





PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

IZIN KESEHATAN- OPERASIONAL PUSKESMAS

Nomor : 503 / 041 /DPM-PTSP/KES/IX/2020

- Dasar :**
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan ;
 2. Permenkes RI Nomor 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas ;
 3. Peraturan Walikota Makassar Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Penyelenggaraan Pelayanan Perizinan Terpadu Satu Pintu ;
 4. Keputusan Walikota Makassar Nomor 395/505/KEP/I/2017 Tanggal 11 Januari 2017 Tentang Percepatan Pelaksanaan Pelayanan Perizinan Pada Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu ;
 5. Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan Kota Makassar Nomor : 440/3467REK.PKM/13/DKK/IX/2020

Kepada :

NAMA PEMILIK	:	PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
ALAMAT	:	Jl. Ahmad Yani No. 1 – 2 MAKASSAR
KEPALA PUSKESMAS	:	dr. ROSLYNA ABU BAKAR

Untuk : Menyelenggarakan **PUSKESMAS** Dengan Keterangan Sebagai Berikut :

NAMA PUSKESMAS	:	PUSKESMAS "ANTANG"
ALAMAT	:	Jl. Antang Raya No. 43 Makassar
KELURAHAN	:	ANTANG KECAMATAN : MANGGALA
RETRIBUSI	:	TIDAK DIKENAKAN RETRIBUSI
MASA BERLAKU	:	17 SEPTEMBER 2020 – 17 SEPTEMBER 2025

1. Izin Ini Berlaku Selama 5 (Lima) Tahun Sepanjang Tidak Terdapat Pelanggaran Dan Tidak Terjadi Perubahan Atas Keterangan Diatas
2. Pemohon Bertanggung Jawab atas Izin Yang Diberikan Serta Wajib Memenuhi Ketentuan Dan Peraturan Perundang – Undangan Yang Berlaku.



Dikeluarkan di Makassar
Pada tanggal : 18 SEPTEMBER 2020

KEPALA,

H.A. BUKTI DJUFRIE, SP, M.SI
Pangkat : Pembina Utama Muda
NIP : 19690330 199003 1 006

Tembusan Kepada YTH :

1. Dinas Kesehatan Kota Makassar
2. Arsip

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : drg.Hj. Sulpiah
Tempat/Tgl lahir : Enrekang, 29 Oktober 1972
Alamat : Jl. Mipa 5 NO.41A komp. Unhas Autang

Adalah sebagai **Pemilik/Yang Tunjuk Mewakili** dari **Kepala Puskesmas Autang**
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.



*Mohon dilengkapi FC KTP Pemilik dan atau Yang Mewakili

Spesimen Bagian Pemasaran		Spesimen Bagian Penerimaan Barang		Spesimen Bagian Pembayaran(*)	
Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel	Tanda Tangan	Stampel
					
Nama : ASSAR drg.Hj.Sulpiah	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :	Nama :

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

Keterangan:

- (*) wajib di isi
- Harap untuk melampirkan semua dokumen dalam bentuk HardCopy bersama spesimen



FORM SPESIMEN RELASI

DATA RELASI (Legal Doc)

Nama Relasi (Apotek/PBF/Instansi) (*) : UPT pustkesmas Autang / (Dinas Kesehatan Kota Makassar)

Alamat Relasi (sesuai izin relasi) : Jl. Autang Raya No. 43 Makassar /
(Jl. Teduh Bersinar, Gnuung Sari, Rappocini)

No NPWP (*) : 00.122.724.8-805.000

Surat Ijin Sarana Kesehatan (*) (Apotek, Klinik, Lab, Paramedis, PBF, RS: 503/041/DPM-PTSp/Kes/1x/2020

dan Toko Obat) Masa berlaku

No Surat Ijin Usaha Perdagangan (SIUP) : Masa Berlaku

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 (*)	A. Tenri Olle, S.Si, Apt	503/25.1.13/SIP/A-KES/DPM-PTSp/I	1/2022	
2	Apoteker Pendamping 1			14 DES 2026	085393881122
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 APJ	Stampel	Tanda Tangan	Stampel Outlet(*)
Arg. Hj. Sulpiyah		A. Tenri Olle, S.Si, Apt			
Nama : Sulpiyah	Nama :	Nama : A. Tenri Olle, S.Si, Apt	Nama :	Nama :	Nama :

Data Relasi (Operasional)

Nama PIC Bagian Pemasaran (*) : Musniati, A.Md. Keb

Handphone : 085398726030 Telpon :

Nama Pic Bagian Penerimaan Barang : Ahsan, S.Kep, Ns

Handphone : 085299483747 Telpon :

Nama PIC Bagian Pembayaran(*) : Andi Tenri Olle, S.Si, Apt

Handphone : 085313881122 Telpon : Ø

np vp

KPP PRATAMA MAKASSAR SELATAN

00.122.724.8-805.000

DINAS KESEHATAN KOTA MAKASSAR

NPWP/IG : 0101 2272 4569 5000



JL TEDUH BERSINAR, 1, JL TEDUH BERSINAR, GUNUNG
SARI, RAPPOCINI, KOTA MAKASSAR, SULAWESI
SELATAN, 90221

Tanggal Terdaftar: 01/04/2020



djp

PROVINSI SULAWESI SELATAN
KOTA MAKASSAR

NIK

: 7371126910720005

Nama : SULPIAH, DRG
Tempat/Tgl Lahir : ENREKANG, 29-10-1972
Jenis kelamin : PEREMPUAN Gol. Darah :
Alamat : JL MIPA 1 BLOK B NO 41 A KOMP
UNHAS
RT/RW : 001/005
Kel/Desa : BIRING ROMANG
Kecamatan : MANGGALA
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : DOKTER
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



KOTA MAKASSAR

22-12-2023

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Sulpiyah".