

INFORMASI SPONSORSHIP

ID MD : 17610

NAMA MD : KLINIK KATA KITA

ID FF / RAYON / AREA : 3710500108/3710500103 KEBAYORAN KEBAYORAN

REGION / DIVISI : REGIONAL 4 / JUPITER

JENIS SPONSOR : EVENT

DETAIL AJUAN SPONSOR

REGISTRASI EVENT

(untuk peserta > 4 orang dapat mengisi form Registrasi Grup Dokter)

NAMA EVENT / LOKASI / TGL : HISFARSI PD IAI SULSEL/MAKASSAR/22-24 APRIL 2026

NAMA LENGKAP PESERTA (dengan gelar)
(Wajib mengisi No Hp/WhatsApp dan Alamat Email yang masih aktif)

1. ANDI AHRIANSYAH	NO HP/EMAIL : 081298821868/andiahriansyah@gmail.com
2.	NO HP/EMAIL :
3.	NO HP/EMAIL :
4.	NO HP/EMAIL :

JENIS REGISTRASI YG DI IKUTI
(Wajib mengisi judul WS jika ada Registrasi WS)

1. SYMPO + 1 WS	JUDUL WS	PERAN APOTEKER DALAM PENGELOLAAN TOT
2.	JUDUL WS	PARENTERAL NITRITION
3.	JUDUL WS	
4.	JUDUL WS	

BIAYA REGISTRASI (IDR)
(isi biaya Registrasi setiap peserta sesuai nomor)

1. 1,750,000	
2.	
3.	
4.	

TOTAL BIAYA ACARA (IDR) :

1,750,000 ✓

KETERANGAN :

AKOMODASI

NAMA HOTEL / KOTA / LOKASI : HOTEL RINRA/MAKASSAR

TGL CHECK IN (dd-mmm-yy) : 22-Apr-26

TGL CHECK OUT (dd-mmm-yy) : 26-Apr-26

LAMA MENGINAP : 4 malam

JUMLAH KAMAR : 1 kamar

TYPE KAMAR / BED : DELUXE BED CITY VIEW

BIAYA PER MALAM (IDR) : 1,200,000 1.500.000

TOTAL BIAYA HOTEL (IDR) : 4,800,000 6.000.000

KETERANGAN :

TIKET TRANSPORTASI

(WAJIB melampirkan fotocopy identitas yang di pilih)

IDENTITAS YANG DILAMPIRKAN : KTP

JUMLAH PENUMPANG : 1 ORANG

NAMA LENGKAP PENUMPANG
(Wajib di isi nama lengkap sesuai identitas)

1. ANDI AHRIANSYAH	JENIS KELAMIN	Laki-Laki
2.	JENIS KELAMIN	
3.	JENIS KELAMIN	
4.	JENIS KELAMIN	

NO HP PENUMPANG (no whatsapps) : 0811842321 (Wajib di isi)

NAMA TRANSPORTASI (BERANGKAT) : GARUDA

TGL KEBERANGKATAN (dd-mmm-yy) : 22-Apr-26 JAM : 05:30

RUTE KEBERANGKATAN : CGK KE MAKASSAR

BIAYA TIKET PER ORANG (IDR) : 2,340,032

INFORMASI SPONSORSHIP

NAMA TRANSPORTASI (PULANG)	:	<u>GARUDA</u>	
TGL KEPULANGAN (dd-mmm-yy)	:	<u>26-Apr-26</u>	JAM : <u>14:00</u>
RUTE KEPULANGAN	:	<u>MAKASSAR</u>	KE : <u>CGK</u>
BIAYA TIKET PER ORANG (IDR)	:	<u>2,359,380</u>	
TOTAL BIAYA TIKET (IDR)	:	<u>4,699,412</u>	<u>\$. \$00.000</u>
KETERANGAN	:		

RENTAL MOBIL

(WAJIB melampirkan form rental mobil)

MERK / JENIS / TYPE MOBIL	:	<u>TOYOTA/INNOVA/REBORN</u>	
TANGGAL PENGGUNAAN MOBIL	:	<u>22-26 APRIL 2026</u>	
KOTA / TEMPAT PENGGUNAAN MOBIL	:	<u>MAKASSAR</u>	
JUMLAH PENGGUNAAN	:	<u>5</u>	HARI BIAYA RENTAL / HARI (IDR) <u>1,000,000</u>
TOTAL BIAYA RENTAL (IDR)	:	<u>5,000,000</u>	
KETERANGAN	:		

18/70

1

TGL :

2

25/26

3

4

TRASI PESERTA (GRUP DOKTER)

: 17610

D : KLINIK KATA KITA

SI : KLINIK KATA KITA

di isi jika ada pendaftaran WS

NAMA LENGKAP PESERTA (dengan gelar)		SPEC DOKTER	NO HP (bisa WhattsApp)	ALAMAT EMAIL (yang valid & masih aktif)	JENIS REG	JUDUL WS	BIAYA REGISTRASI
ANDI AHRIANSYAH		APJ	081298821868/andiahriansyah@gmail.com		SYMPO + 1 WS		1,750,000
						TOTAL BIAYA REGISTRASI	1,750,000

4

FORM RENTAL MOBIL

JENIS PENGGUNAAN : **MOBIL RENTAL**

AREA YG MENGAJUKAN : **KEBAYORAN**

REGION / DIVISI : **REGION 4/JUPITER**

ID MD : **17610** (Wajib di isi)

NAMA MD / CUSTOMER : **KLINIK KATA KITA KEMANG**

NO HP (no whatsapps) : **81298821868**

INSTANSI / TMPT PRAKTEK : **KLINIK KATA KITA KEMANG**

MERK / JENIS / TYPE MOBIL : **TOYOTA/INNOVA REBORN** (Wajib di isi)

JUMLAH MOBIL : **1** unit JUMLAH PENUMPANG **1** Orang

KOTA/ TEMPAT PENGGUNAAN : **MAKASSAR** (Wajib di isi)

TANGGAL PENGGUNAAN : **22-26 APRIL 2026** (Wajib di isi)

JUMAH HARI PENGGUNAAN : **5** HARI (Wajib di isi)

KETERANGAN : **DIPAKAI SELAMA EVENT BERLANGSUNG**

DATA SALES 3 BULAN TERAKHIR

BULAN/ TAHUN	DATA SALES**
Nov-25	48,153,750
Dec-25	119,841,000
Jan-26	87,364,500
TOTAL	255,359,250

** Wajib di isi jika menggunakan mobil inventaris

KEBERANGKATAN

TANGGAL	NAMA MASKAPAI	FLIGHT NO / NAMA KA*)	KOTA ASAL	JAM BRNGKT	KOTA TUJUAN	JAM TIBA
22-Apr-26	GARUDA INDONESIA	GA - 604	CGK	05:30	MAKASSAR	09:00

KEPULANGAN

TANGGAL	NAMA MASKAPAI	FLIGHT NO / NAMA KA*)	ASAL	JAM BRNGKT	TUJUAN	JAM TIBA
26-Apr-26	GARUDA INDONESIA	GA - 605	MAKASSAR	14:00	CGK	15:25

RINCIAN PENGGUNAAN *)

HARI	TANGGAL	JAM	DARI *)	KE *)
RABU	22-Apr-26	07:00	BANDARA UPG	HOTEL
KAMIS	23-Apr-26	07:00	HOTEL	VENUE
JUMAT	24-Apr-26	07:00	HOTEL	VANUE
SABTU	25-Apr-26	07:00	HOTEL	VENUE
MINGGU	26-Apr-26	07:00	HOTEL	BANDARA UPG

*) Wajib di isi dengan lengkap dan detail

Yang mengajukan,

Mengetahui,

RSM

MM

Tgl :

Tgl :

PROVINSI JAWA BARAT
KOTA BEKASI

NIK : 7302032403900001

Nama : ANDI AHRIANSYAH
Tempat/Tgl Lahir : BIRA, 24-03-1990
Jenis Kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah : O
Alamat : JL. UNKRIS NO. 30
RT/RW : 003/009
Kel/Desa : JALICEMPAKA
Kecamatan : PONDOKGEDE
Agama : ISLAM
Status Perkawinan : BELUM KAWIN
Pekerjaan : KARYAWAN SWASTA
Kewarganegaraan : WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP

KOTA BEKASI
06-09-2018



KEMENTERIAN KEUANGAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PAJAK

NPWP : 82.685.032.3-806.000
ANDI AHRIANSYAH
NIK : 7302032403900001

BIRA RT. 001 RW. 001
BIRA BONGO BAHARI
KAB. BULUKUMBA SULAWESI SELATAN

KPP PRATAMA BULUKUMBA

m-Transfer

Send

2302509728
ANDI AHRIANSYAH



UNIT PENGELOLA PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KECAMATAN MAMPANG PRAPATAN

SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA) KEDUA

NOMOR 16/B.19/31.74.03.1002.05.003.R.5/3-1.779.3/e/2022

Berdasarkan Peraturan Pemerintah Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2016 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 889/Menkes/Per/V/2011 tentang Registrasi, Etna Praktik dan Izin Kerja Tenaga Kefarmasian serta Peraturan Gubernur Nomor 47 Tahun 2017 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pelayanan Terpadu Satu Pintu, yang berlandaskan dengan dibawah ini, Kepala Unit Pengelola Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kecamatan Mampang Prapatan memberikan Surat Izin Praktik Apoteker Kepada:

apt. ANDI AHRIANSYAH, S.FARM, M.FARM

Tempat / Tanggal Lahir : BIRA / 24 Maret 1990
Alamat Rumah : JL. UNKRIS NO 30 RT/RW : 003/009, Jencempaka, Pondokgede, Kota Bekasi, Jawa Barat. KODEPOS : 17416
Nomor STRA : 19900324/STRA-UTAMKA/2021/18702
Masa Berlaku STRA sampai : 24 Maret 2027
Untuk melakukan praktik sebagai : Apoteker Penanggung Jawab
Nama Rumah : KLINIK UTAMA KATA KITA
Alamat : JL. KEMANG UTARA NO 16 RT/RW : 006/001, BANGKA, MAMPANG PRAPATAN, KOTA JAKARTA SELATAN, DKI JAKARTA, KODEPOS: 12730
Waktu Praktik : Hari Praktik : SENIN - JUMAT Jam Praktik : 16:00 S/D 20:00 WIB
Masa berlaku SIPA sampai : 24 Maret 2027

Dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Penyelenggaraan pekerjaan etan praktik kefarmasian di fasilitas pelayanan kefarmasian harus selalu mengikuti paradigma pelayanan kefarmasian dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta ketentuan peraturan perundang-undangan;
2. Surat izin batal demi hukum apabila bertentangan dengan angka 1 diatas dan pekerjaan praktik kefarmasian dilakukan tidak sesuai dengan tercantum dalam SIPA.



Dikeluarkan di : Jakarta
Pada tanggal : 30 Juni 2022

KEPALA UNIT PENGELOLA PENANAMAN
MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU
KECAMATAN MAMPANG PRAPATAN

CAESARAH ELFADHIA
NIP. 198703142010012028

Tembusan:
1. Direktur Jendral Kefarmasian dan Alat Kesehatan;
2. Ketua Komite Farmasi Nasional;
3. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta;

*Penerimaan ini TIDAK DIKENAKAN BIAYA (GRATIS)