

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Izin Klinik

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
di
Depok

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat :
.....
.....

Dengan ini mengajukan permohonan Izin Klinik.

Nama Klinik :
Jenis klinik :
Alamat :
.....
.....
Penanggung jawab :

Sebagai bahan pertimbangan, kami lampirkan persyaratan sebagai berikut :

1. surat rekomendasi dari dinas kesehatan setempat;
2. salinan/fotocopi pendirian badan usaha, kecuali kepemilikan perorangan (untuk klinik pratama rawat jalan);
3. fotokopi identitas pemohon;
4. fotokopi sertifikat tanah (untuk milik pribadi) atau fotokopi surat kontrak selama 5 tahun bagi yang menyewa;
5. fotokopi izin pemanfaatan ruang (IPR);
6. fotokopi izin mendirikan bangunan (IMB);
7. fotokopi surat izin gangguan (HO)
8. fotokopi dokumen SPPL untuk klinik pratama dan utama rawat jalan, fotokopi dokumen UKL/UPL untuk klinik pratama dan utama rawat inap;
9. fotokopi surat kerjasama dalam pembuangan dan pengelolaan limbah medis padat;
10. Profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan, sarana dan prasarana (untuk klinik jenis rawat inap disertai mobil ambulance), bangunan (untuk klinik rawat inap disertai ruangan untuk laboratorium dan dapur gizi serta ruang laundry), peralatan dan pelayanan yang diberikan serta tarif;
11. denah ruangan dan peta lokasi;
12. Persyaratan administrasi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (fotokopi SIP dan SIK semua tenaga kesehatan yang bekerja di sarana tersebut, surat izin atasan bagi tenaga kesehatan yang PNS, surat pernyataan kesanggupan sebagai penanggung jawab klinik bermaterai, surat pernyataan dari penanggung jawab tidak bekerja lebih dari 2 (dua) tempat bermaterai, fotokopi ijazah bagi tenaga non kesehatan dan fotokopi sertifikat/ pelatihan sesuai dengan jenis pelayanan yang diberikan).

Depok,
Yang memohon,

Materai 6000,-

(.....)

***Berkas dibuat 2 rangkap**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama dokter :
Nomor STR :
Nomor SIP :
Alamat :
.....
Nama klinik :
Alamat :
.....

Dengan ini menyatakan bersedia bekerja sebagai dokter penanggung jawab pada klinik tersebut di atas.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya.

Depok,

Materai 6000,-

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama dokter :
Nomor STR :
Nomor SIP :
Alamat :
.....
Telepon :

Dengan ini menyatakan menjadi dokter penanggung jawab klinik tidak lebih dari dua tempat.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya.

Depok,

Materai 6000,

(.....)