|  |
| --- |
| **TANDA TERIMA BERKAS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **No Daftar** | **:** | **17346** |
| **2** | **Nama Pemohon** | **:** | **dr. ARMIYA** |
| **3** | **No Telp Pemohon** | **:** | **0853 7117 2012** |
| **4** | **Tanggal Daftar** | **:** | **19 Januari 2015** |
| **5** | **Jenis Izin** | **:** | **Surat Izin Operational Sementara (SIOS)** |
| **6** | **Guna** | **:** | **sios\_baru** |

|  |
| --- |
| **BIREUEN, 19 Januari 2015** |
| **KANTOR PERLAYANAN PERIZINAN** |
| **TERPADU SATU PINTU** |
|  |
|  |
|  |
| **(YASRAH SONI, SE)** |
| **NIP. 19860520 201003 2 002** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persyaratan :** | |
|  | Akte Pendirian badan usaha |
|  | Bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak selama 5 (lima) tahun |
|  | Denah lokasi dengan situasi sekita mengetahui Camat / Lurah |
|  | Dipimpin oleh seorang tenaga medis sebagai penanggung jawab teknis |
|  | Fotokopi KTP pemilik dan direktur |
|  | Fotokopi Surat Izin Praktek (SIP) dokter |
|  | Identitas Lengkap Pemohon (Fotokopi KTP) |
|  | Ijazah Dokter |
|  | Izin Gangguan (HO) sebelumnya dan perpanjangan |
|  | NPWPD / NPWRD |
|  | Pas Foto Dokter Penanggung Jawab ukuran 4 x 6 sebanyak 2 lembar |
|  | Profil Klinik (Struktur Organisasi, Lokasi bangunan, Prasarana, Ketenagaan, Perlatan, Kefarmasian, Laboratorium serta Pelayanan |
|  | Rekom Penata Ruang dari Badan Koordinasi Penataan Ruang Daerah (BKPRD) |
|  | Rekomendasi Dinkes untuk Operasional Usaha Klinik Utama Rawat Inap |
|  | Rekomm UKL - UPL dari Dinas Pengelolaan Pasar, Kebersihan dan Pertanian |
|  | Surat Izin Tempat Usaha (SITU) |
|  | Surat Izin Usaha Kesehatan |
|  | Surat Pernyataan Tidak Keberatan sebagai Direktur Klinik |
|  | Tanda Lunas Retribusi Sampah Tahun Berjalan |
|  | Tenaga Kefarmasian (1 orang Apoteker), (SIA, SIPA, SITU, SIUP, TDP, NPWP) |
|  | Tenaga Keperawatan (2 orang Perawat/Bidan) /Rekom dinas |
|  | Tenaga Laboran (1 orang Analisi Kesehatan) |
|  | Tenaga medis (1 orang Dokter Spesialis dan 1 orang Dokter Umum) |

|  |
| --- |
| **BIREUEN, ..........................................** |
| **KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU SATU PINTU** |
|  |
|  |
|  |
| **(.......................................................)** |
| **NIP.** |

|  |
| --- |
| **TANDA TERIMA BERKAS** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **No Daftar** | **:** | **17346** |
| **2** | **Nama Pemohon** | **:** | **dr. ARMIYA** |
| **3** | **No Telp Pemohon** | **:** | **0853 7117 2012** |
| **4** | **Tanggal Daftar** | **:** | **19 Januari 2015** |
| **5** | **Jenis Izin** | **:** | **Surat Izin Operational Sementara (SIOS)** |
| **6** | **Guna** | **:** | **sios\_baru** |

|  |
| --- |
| **BIREUEN, 19 Januari 2015** |
| **KANTOR PERLAYANAN PERIZINAN** |
| **TERPADU SATU PINTU** |
|  |
|  |
|  |
| **(YASRAH SONI, SE)** |
| **NIP. 19860520 201003 2 002** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Persyaratan :** | |
|  | Akte Pendirian badan usaha |
|  | Bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak selama 5 (lima) tahun |
|  | Denah lokasi dengan situasi sekita mengetahui Camat / Lurah |
|  | Dipimpin oleh seorang tenaga medis sebagai penanggung jawab teknis |
|  | Fotokopi KTP pemilik dan direktur |
|  | Fotokopi Surat Izin Praktek (SIP) dokter |
|  | Identitas Lengkap Pemohon (Fotokopi KTP) |
|  | Ijazah Dokter |
|  | Izin Gangguan (HO) sebelumnya dan perpanjangan |
|  | NPWPD / NPWRD |
|  | Pas Foto Dokter Penanggung Jawab ukuran 4 x 6 sebanyak 2 lembar |
|  | Profil Klinik (Struktur Organisasi, Lokasi bangunan, Prasarana, Ketenagaan, Perlatan, Kefarmasian, Laboratorium serta Pelayanan |
|  | Rekom Penata Ruang dari Badan Koordinasi Penataan Ruang Daerah (BKPRD) |
|  | Rekomendasi Dinkes untuk Operasional Usaha Klinik Utama Rawat Inap |
|  | Rekomm UKL - UPL dari Dinas Pengelolaan Pasar, Kebersihan dan Pertanian |
|  | Surat Izin Tempat Usaha (SITU) |
|  | Surat Izin Usaha Kesehatan |
|  | Surat Pernyataan Tidak Keberatan sebagai Direktur Klinik |
|  | Tanda Lunas Retribusi Sampah Tahun Berjalan |
|  | Tenaga Kefarmasian (1 orang Apoteker), (SIA, SIPA, SITU, SIUP, TDP, NPWP) |
|  | Tenaga Keperawatan (2 orang Perawat/Bidan) /Rekom dinas |
|  | Tenaga Laboran (1 orang Analisi Kesehatan) |
|  | Tenaga medis (1 orang Dokter Spesialis dan 1 orang Dokter Umum) |

|  |
| --- |
| **BIREUEN, ..........................................** |
| **KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU SATU PINTU** |
|  |
|  |
|  |
| **(.......................................................)** |
| **NIP.** |