



- [RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BANGKALAN](#)
  - [Ganti Password](#)
  - [Keluar](#)

- 
- [DASHBOARD](#)
- [MANAGEMEN USER](#)
  - [PEMOHON](#)
- [MASTER](#)
  - [PANDUAN](#)
- [TRANSAKSI](#)
  - [PERMOHONAN](#)
  - [ARSIP](#)

 retrieve data... retrieve data...

Save [Back to list](#)

**STATUS : DRAFT PERMOHONAN IJIN (PENDAFTAR)    POSISI : PENDAFTAR**

[×](#) **Pemohon Telah Melaksanakan Kewajiban Wajib Pajak  
ESTIMASI PELAYANAN (22 (dua)**

MASA KERJA (Hari)

0

- [DATA PEMOHON](#)
- [DATA BADAN USAHA / ORGANISASI](#)
- [PERSYARATAN](#)
- [LOG](#)

KODE PENDAFTARAN	B51B57966874A24
NAMA	RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BANGKALAN
NPWP	001176783644000
ALAMAT	JALAN PEMUDA KAFFA NOMOR 9
RT / RW	00 / 00
KELURAHAN	PEJAGAN
KECAMATAN	BANGKALAN
KOTA	KAB. BANGKALAN
TELEPON	082301042012
EMAIL	humasrsudsyamrabu2020@gmail.com
STATUS	DRAFT PERMOHONAN IJIN (PENDAFTAR)
TANGGAL PROSES	
JENIS REGISTRASI	Izin Operasional Rumah Sakit Kelas B
TYPE	PENGURUSAN PERPANJANGAN

**NOMOR REGISTRASI  
TANGGAL BERLAKU  
NOMOR REGISTRASI  
LAMA**

**CETAK SERTIFIKAT**

[Edit](#) [Upload Hasil](#)

NPWP Kantor Pusat *	<input type="text" value="001176783644000"/>
Nama Badan Hukum / Organisasi *	<input type="text" value="RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SYARIFAH AMBAMI RATO EBU KABUPATEN BAN"/>
Alamat Kantor Pusat*	<input type="text" value="JALAN PEMUDA KAFFA NC"/>
No Telp Pusat*	<input type="text" value="0313095088"/>
NPWP Kantor Cabang	<input type="text"/>
Nama Badan Hukum Kantor Cabang	<input type="text"/>
Alamat Kantor Cabang	<input type="text"/>
No Telp Cabang	<input type="text"/>

[Tambah Anggota](#)

**NO NAMA NIK ALAMAT ACTION**

- **Persyaratan warna *merah* wajib diisi.**
- **Maksimal ukuran upload masing masing file 20000 KB / 20MB**
- **Scan berkas dalam bentuk PDF.**

**----- DI UPLOAD OLEH PEMOHON -----**

- |   |   |  |                |
|---|---|--|----------------|
| 1 | Scan Asli Formulir permohonan yang ditandatangani oleh Pimpinan dan distempel badan hukum/badan usaha/Pemda Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Provinsi Jawa Timur Jl. Pahlawan No. 116 DI S U R A B A Y A <b>(pdf, image)</b> | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 2 | Scan Asli Nomor Induk Berusaha (NIB) Perusahaan yang diterbitkan oleh OSS <b>(pdf, image)</b>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 3 | Scan Asli NPWP Perusahaan/Instansi <b>(pdf, image)</b>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 4 | Scan Asli Surat Pengantar berkas Izin Operasional RS kelas B dari Dinkes Kab/Kota <b>(pdf, image)</b>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 5 | Scan Asli Izin Pendirian Rumah Sakit / Izin Operasional yang lama <b>(pdf, image)</b>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |

- **Persyaratan warna *merah* wajib diisi.**
- **Maksimal ukuran upload masing masing file 20000 KB / 20MB**
- **Scan berkas dalam bentuk PDF.**

- |    |   |  |                |
|----|---|--|----------------|
| 6  | Asli Berita Acara hasil uji fungsi Alkes disertai kelengkapan berkas Izin Pemanfaatan dari instansi berwenang <i>(pdf, image)</i>                               | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 7  | Asli Daftar Peralatan/perengkapan medik dan non medik <i>(pdf, image)</i>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 8  | Scan Asli Surat keterangan/sertifikat hasil uji/kalibrasi alat kesehatan <i>(pdf, image)</i>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 9  | Asli Daftar Sumber Daya Manusia (SDM) di Rumah Sakit, meliputi : Tenaga medis, keperawatan, tenaga kesehatan lain, dan tenaga non kesehatan <i>(pdf, image)</i> | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 10 | Asli Badan Hukum atau Kepemilikan <i>(pdf, image)</i>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 11 | Asli Surat Izin Praktik atau Surat Izin Kerja Tenaga Kesehatan <i>(pdf, image)</i>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 12 | Asli Surat Penugasan Klinis Staf Medis <i>(pdf, image)</i>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 13 | Asli Peraturan Internal Rumah Sakit (hospital by laws), Komite medik, komite keperawatan, dan satuan pemeriksaan internal <i>(pdf, image)</i>                   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 14 | Asli Standar Prosedur Operasional kredensial staf medis <i>(pdf, image)</i>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 15 | Scan asli sertifikat akreditasi <i>(pdf, image)</i>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 16 | Asli Profil RS meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan Struktur Organisasi <i>(pdf, image)</i>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 17 | Asli Isian Instrumen self assessment sesuai klasifikasi RS <i>(pdf, image)</i>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 18 | Asli Gambar desain (blue print) dan foto bangunan serta sarana dan prasarana pendukung <i>(pdf, image)</i>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 19 | Asli Daftar Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan (Formularium RS) <i>(pdf, image)</i>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 20 | Asli Izin Penggunaan Bangunan (IPB) dan sertifikat Laik Fungsi <i>(pdf, image)</i>  | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |
| 21 | Asli Dokumen Pengelolaan Lingkungan Berkelanjutan <i>(pdf, image)</i>   | <input type="button" value="Choose File"/> | No file chosen |

- **Persyaratan warna *merah* wajib diisi.**
- **Maksimal ukuran upload masing masing file 20000 KB / 20MB**
- **Scan berkas dalam bentuk PDF.**

22 Scan Asli Surat Pernyataan keabsahan  
data scan dari pemilik Rumah Sakit  
(bermeterai Rp. 10. 000) (*pdf, image*)

No file chosen

----- **DIISI OLEH PEMOHON** -----

1	Nomor Induk Berusaha (NIB)	<input type="text"/>
2	Tanggal Surat Permohonan	<input type="text"/>
3	Nomor Surat Permohonan	<input type="text"/>
4	Nama Rumah Sakit	<input type="text"/>
5	Alamat Rumah Sakit	<input type="text"/>
6	Akta/Dasar Pendirian	<input type="text"/>
7	Tanggal Akta/Dasar Pendirian	<input type="text"/>
8	Nomor Akta/Dasar Pendirian	<input type="text"/>
9	Nama Penanggung Jawab	<input type="text"/>

CATATAN : Jika ingin menuliskan m<sup>2</sup> maka tuliskan seperti berikut m<sup>2</sup>

[Download Semua File](#)

**TANGGAL NAMA USER ACTION KETERANGAN LAMPIRAN**

### **STATUS PERSETUJUAN**

Lengkapi persyaratan berkas yang dibutuhkan untuk melanjutkan permohonan. Setelah Persyaratan Sudah Lengkap Silahkan "Centang" dan Klik Tombol Save

[Back to list](#)

#### SISTEM INFORMASI PERIZINAN



Loading please be patiend...

