**CHECKLIST BERKAS IZIN OPERASIONAL KLINIK**

**Data Pemohon**

Nama : ……………………………………………………………………………………………..

No. HP : ……………………………………………………………………………………………..

Usaha : ……………………………………………………………………………………………..

Alamat Usaha : ……………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **PERSYARATAN** | **CHECKLIST** | **KETERANGAN** |
| 1. | Persyaratan Administrasi: |  |  |
| 1. Nomor Induk Kependudukan |  |  |
| 1. Email untuk aktivasi akun OSS |  |  |
| 1. Nomor Telepon |  |  |
| 2. | Komitmen Izin Operasional Klinik |  |  |
| 1. Nomor Induk Berusaha |  |  |
| 1. Notifikasi Dinas Kesehatan Daerah Kab. |  |  |
| 1. Profil Klinik |  |  |
| 1. Sumber daya manusia, sarana prasarana, dan peralatan |  |  |

**DISPOSISI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NO.** | **ALUR PROSEDUR** | **TANGGAL TERIMA** | **TANGGAL SELESAI** | **CATATAN** | **PARAF** |
| 1. | Front Office (Penerimaan) |  |  |  |  |
| 2. | Kasi Perizinan Umum |  |  |  |  |
| 3. | Kasi Perizinan Usaha |  |  |  |  |
| 4. | Kasi Survey dan Pengaduan |  |  |  |  |
| 5. | Kabid Pelayanan Perizinan |  |  |  |  |
| 6. | Penomoran |  |  |  |  |
| 7. | Operator |  |  |  |  |
| 8. | Kepala Dinas |  |  |  |  |
| 9. | Front Office Pengambilan |  |  |  |  |