

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin  
Pelayanan Hemodialisa di RS

Kepada Yth.  
Bupati Sleman  
Cq. Kepala DPMPPT  
Kabupaten Sleman  
Di  
SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Pelayanan Hemodialisa di Rumah Sakit dengan data-data sebagai berikut :

1 Pemohon

Nama Pemohon : .....  
Nomor Surat izin Praktik/SIP : .....  
Nomor Kartu Tanda Penduduk : .....  
Alamat dan Nomor Telepon : .....  
Pekerjaan Sekarang : .....  
NPWP : .....

2. Rumah Sakit

Nama Rumah Sakit : .....  
Alamat : .....  
Nomor Telepon : .....  
Kecamatan : .....  
Propinsi : .....

3 Penanggungjawab

Nama : .....  
No. STR : .....  
Alamat : .....

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. KTP Pemohon ( asli ) | Wajib
2. SIP Tenaga Elektromedis dengan pelatihan khusus mesin dialisis | Wajib
3. SIP Perawat Mahir Hemodialisis Sebanyak 3 Orang | Wajib
4. SIP Dokter Umum | Wajib
5. SIP Dokter penanggung jawab yaitu Dokter Spesialis Penyakit Dalam Konsultan Ginjal Hipertensi (SpPD-KGH) atau Dokter Spesialis Penyakit Dalam yang memiliki Sertifikat Pelatihan Hemodialisis dari Organisasi Profesi | Wajib
6. Rekomendasi dari organisasi profesi (PERNEFRI) | Wajib
7. Daftar Peralatan | Wajib
8. Izin Operasional Rumah Sakil | Wajib
9. Data Tenaga Administrasi dan tenaga lainnya | Wajib
10. Daftar sarana dan prasarana | Tentatif

Demikian permohonan ini kami ajukan dalam rangkap 2 (dua) dan kami bertanggung jawab atas kebenaran data dan syarat-syarat terlampir. Atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Sleman,  
Pemohon

(.....)

