

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Peerubahan Izin
Operasional Rumah Sakit krn
Peningkatan kelas RS

Kepada Yth.

Bupati Sleman
Cq. Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Sleman

Di
SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Operasional 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 Direktur Rumah Sakit

Nama :
No. STR :
Alamat :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Print Out OSS ,
3. Foto copi IMB, foto copi SLF/ket dalam proses
4. Foto copi izin rs sebelumnya
5. Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pemilik sarana
6. Akte notaris, surat keputusan dari pejabat yang berwenang, dan/atau putusan pengadilan tentang perubahan status kepemilikan Rumah Sakit;
7. Rekomendasi dari pejabat yang berwenang di bidang kesehatan pada Pemerintah Daerah provinsi/kabupaten/kota sesuai dengan klasifikasi Rumah Sakit;
8. Studi kelayakan dan rencana strategis perubahan jenis Rumah Sakit yang memuat kelayakan pada aspek pelayanan, sosial ekonomi, kebijakan dan peraturan perundang-undangan; dan
9. Surat pernyataan pengajuan perubahan izin operasional dari pemilik Rumah sakit.
10. Sertifikat akreditasi sebagaimana dimaksud pd angka 14, harus dipenuhi untuk perpanjangan izin operasional Rumah sakit.

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

(.....)