

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin
Operasional Rumah Sakit

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. Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pemilik sarana
5. Profil Rumah Sakit, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi;
6. Isian instrumen *self assessment* sesuai klasifikasi Rumah Sakit yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana; dipenuhi sesuai erdasarkan standart rumah sakit sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
7. Gambar desain (*blue print*) dan foto bangunan serta sarana dan prasarana pendukung;
8. Dokumen pengelolaan lingkungan berkelanjutan;
9. Daftar sumber daya manusia;
10. Daftar peralatan medis dan nonmedis;
11. Daftar sediaan farmasi dan alat kesehatan;
12. Berita acara hasil uji fungsi peralatan kesehatan disertai kelengkapan berkas izin pemanfaatan dari instansi berwenang sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan untuk peralatan tertentu;
13. Sertifikat akreditasi
14. Dokumen administrasi dan manajemen sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf k meliputi:
 - a. badan hukum atau kepemilikan;
 - b. peraturan internal Rumah Sakit (*hospital bylaws*);
 - c. komite medik;
 - d. komite keperawatan;
 - e. satuan pemeriksaan internal;
 - f. surat izin praktik atau surat izin kerja tenaga kesehatan;
15. 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