

Nomor :
 Lampiran :
 Perihal : Permohonan Perubahan Izin Operasional Rumah Sakit
 Krn Pergantian Direktur

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. SK pengangkatan Direktur RS
6. Surat pernyataan kesanggupan sebagai direktur RS berneterai 6.000
7. Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pemilik RS
8. Sertifikat akreditasi
9. Dokumen administrasi dan manajemen 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;

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

(.....)