

Nomor :
Perihal : Permohonan Izin (Baru) Kepada Yth
Rekomendasi
Laboratorium Klinik Pratama Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten
Sleman Sleman

Di Sleman

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Laboratorium Klinik Pratama dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon
Nama Pemohon :
Nomor Surat Izin Kerja (SIP) :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor Telepon :
2. Laboratorium Klinik
Nama Badan Usaha :
Nama Lab. Klinik :
NIB (Nomor Induk Berusaha) :
Alamat Usaha :
Nomor Telepon :
Jenis Pelayanan :
3. Penanggung Jawab Lab. Klinik
Nama :
Nomor KTP :
Alamat :
Nomor SIP (Surat Izin Praktik) :
4. Dengan Menggunakan sarana : Milik Sendiri/Pihak Lain
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. NIB (Nomor Induk Berusaha) oss.go.id
2. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
3. Fc. Akta PT/CV pendirian perusahaan dan atau perubahannya yang telah disahkan oleh pejabat yang berwenang
4. Profil Laboratorium klinik (yang memuat jenis layanan, SDM, sarana dan prasarana dan peralatan)
5. Fc. SLF (Sertifikat Laik Fungsi)
6. Dokumen pengelolaan Lingkungan (UKL-UPL)
7. SIP (Surat Izin Praktik) Penanggung Jawab
8. Surat perjanjian sewa menyewa minimal 5 tahun /sertifikat tanah (apabila sewa)
9. Fc. Sertifikat Tanah / Bukti Kepemilikan Tanah
10. Surat pernyataan kesanggupan sebagai penanggung jawab teknis
11. Surat pernyataan kesanggupan sebagai tenaga teknis
12. Surat pernyataan pemohon sanggup tunduk pada Peraturan Perundang-undangan yang berlaku dari penanggung jawab laboratorium (bermaterai Rp 6.000)
13. Surat kuasa bermaterai Rp 6.000, bila tidak diurus sendiri
14. Fc. KTP pemegang kuasa yang masih berlaku
15. Surat pernyataan bermaterai berisi pernyataan mengenai kebenaran dokumen persyaratan permohonan izin

Demikian permohonan ini kami ajukan dan kami bertanggung jawab atas kebenaran data dan syarat-syarat terlampir. Atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Pemohon

.....