

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Operasional
Izin Klinik Pratama Rawat Inap

Kepada Yth.

Bupati Sleman

cq. Kepala Dnas Kesehatan
Kabupaten Sleman

Di
SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Operasional Klinik Pratama rawat jalan 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.Klinik

Nama Klinik :
Alamat :
Nomor Telepon :
Kecamatan :
Propinsi :

3 Penanggung Jawab Teknis Klinik Pratama Rawat Jalan

Nama :
No. SIP :
Alamat :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Print Out OSS
3. Ft Copi IMB, foto copi SPPL, SLF/Surat Keterangan dalam proses
4. Foto copy/salinan pendirian badan hukum atau badan usaha, kecuali untuk kepemilikan perorangan.
5. Salinan/Foto Copy Denah Bangunan dan Peta lokasi
6. Daftar peralatan
7. SOTK Klinik
8. Profil klinik
9. Daftar sarana & Prasarana
10. Daftar Ketenagaan & Foto kopi SIP yang masih berlaku
11. Surat penunjukan sbg dokter penanggung jawab dari pemilik klinik
12. Surat pernyataan sbg dokter penanggung jawab
13. Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pemilik sarana

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

(.....)

