

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Surat keterangan pertimbangan persetujuan pendirian Klinik

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Kesehatan  
Kabupaten Sleman

Di  
SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat keterangan pertimbangan persetujuan pendirian Klinik dengan data-data sebagai berikut :

1 Pemohon

Nama Pemohon : .....  
Alamat : .....  
Nomor Telepon : .....

2.Klinik

Nama Klinik : .....  
Alamat : .....

3 Pelaku Usaha

Nama Pelaku Usaha : .....  
Alamat : .....  
NIB : .....

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Profil Klinik
3. FC IMB
4. Surat Perjanjian Sewa Tanah atau Bangunan (Jika Sewa)
5. NIB
6. Informasi Tata Ruang Lokasi Calon Klinik dari Dinas Pertanahan dan Tata Ruang Kabupaten Sleman

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

Sleman,  
Pemohon

(.....)

# INFORMASI TATA RUANG Kabupaten Sleman

Melalui Whatsapp

Dengan Cara:  
**Share Location**  
(kirim koordinat)  
Disertai Foto KTP ke:

 **0812-1450-4224**

Dapatkan kemudahan  
mengetahui tata ruang  
lokasi anda



Iklan layanan masyarakat ini dipersembahkan oleh:

**DINAS PERTANAHAN DAN TATA RUANG KABUPATEN SLEMAN**

Jalan Magelang km 10, Beran, Tridadi, Sleman, Yogyakarta, 55511

Telp. (0274) 868548, 868405 pesawat 7264. Fax: (0274) 868548

Website: <http://pertaru.slemankab.go.id>, E-mail: [pertaru@slemankab.go.id](mailto:pertaru@slemankab.go.id)