

Perihal : Permohonan Izin Operasional Puskesmas

Kepada
Yth. Kepala Badan Penanaman Modal dan
Pelayanan Perizinan Kota Probolinggo
di
PROBOLINGGO

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat rumah :
Pekerjaan :

Atas nama yayasan / badan hukum lainnya :

Nama :
Alamat :

Bersama ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Sementara/Izin Tetap Balai Pengobatan / Klinik / Puskesmas dengan data sebagai berikut :

Nama sarana :
Alamat :

Dengan penanggung jawab :

Nama :
Alamat rumah :
Pekerjaan :
Nomor SIP :

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan :

1. FC KTP Pemohon
2. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kota Probolinggo
3. FC IMB / HGB / kepemilikan bangunan / Sertifikat tanah / Perjanjian kontrak minimal 3 tahun
4. Daftar Tarif (untuk umum) dan surat pernyataan tidak mengenakan tarif (untuk khusus
5. Jam buka pelayanan
6. Jenis pelayanan yang di berikan
7. Daftar ketenagaan yang tersedia (minimal 2 orang Dokter)
8. Struktur organisasi pelayanan kesehatan yang teruraikan dalam pembagian tugas Pelayanan
9. Surat Pernyataan bersedia sebagai penanggungjawab BP
10. FC SIP yang masih berlaku bagi dokter penanggungjawab BP / Klinik dan dokter pelaksana Medis sesuai alamat BP / Klinik
11. FC SIP dokter spesialis / dokter gigi spesialis (khusus penanggungjawab klinik utama sesuai alamat BP / Klinik)

12. FC SIP yg masih berlaku bagi tenaga Perawat
13. Data inventaris medis dan non medis termasuk sarana Pemadam kebakaran
14. Daftar obat-obatan yang tersedia
15. Gambar Denah bangunan beserta ukurannya
16. Denah tempat pembuangan / pengolahan limbah cair / padat khususnya limbah medis atau bukti kerjasama dengan pihak lain yg mempunyai pengolahan limbah medis yang memenuhi syarat
17. Surat Rekomendasi UPL-UKL atau SPPL dari Dinas Lingkungan Hidup
18. Peta Lokasi Klinik / Puskesmas

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih

Probolinggo,

Pemohon

Materai Rp. 6.000,-

(.....)