

Perihal : Permohonan Izin Operasional Klinik

Kepada  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal, PTSP  
Dan Tenaga Kerja Kota Probolinggo  
di  
PROBOLINGGO

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....  
Alamat rumah : .....  
Pekerjaan : .....  
Nomor Telephon : .....

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 : .....  
NIB : .....  
Nilai Investasi : .....

Dengan penanggung jawab :

Nama : .....  
Alamat rumah : .....  
Pekerjaan : .....  
Nomor SIP : .....

Sebagai bahan pertimbangan kami lampirkan :

1. Permohonan Kepada Kepala DPMPTSP dan Naker Kota Probolinggo bermaterai Rp.6.000,-
2. Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku
3. Surat Rekomendasi dari Dinas kesehatan Kota Probolinggo
4. Foto Copy Akte Pendirian Yayasan / Badan Hukum Lainnya ( Pemohon Berbadan Hukum ) / Fotocopy KTP yang masih berlaku ( bagi pemohon perorangan )
5. Foto Copy Persetujuan tetangga yang diketahui Lurah dan Camat setempat bagi pemohon baru.
6. Foto Copy Ijin Mendirikan Bangunan ( IMB ) bagi pemohon baru.
7. Foto Copy Hak Guna Bangunan ( HGB ) / Kepemilikan bangunan / Sertifikat tanah / perjanjian kontrak minimal 3 (tiga) tahun
8. Rekomendasi Kepala Puskesmas wilayah setempat.
9. Daftar tarif (untuk umum)
10. Surat pernyataan tidak mengenakan tarif (untuk khusus)

11. Jam buka pelayanan
12. Jenis pelayanan yang diberikan
13. Surat pernyataan bersedia membuat laporan bulanan ke Dinas Kesehatan Kota Probolinggo dengan tembusan Puskesmas wilayah setempat.
14. Surat pernyataan kesediaan mentaati peraturan perundang undangan bidang kesehatan yang berlaku dari pemilik sarana pelayanan (bermaterai Rp. 6.000 ).
15. Surat pernyataan bersedia melakukan uji atau kalibrasi alat medis secara berkala oleh lembaga / tenaga yang berwenang menguji / mengkalibrasi alat medis
16. Daftar ketenagaan yang tersedia ( minimal 2 orang Dokter )
17. Struktur organisasi pelayanan kesehatan yang teruraikan dalam pembagian tugas pelayanan
18. Surat pernyataan bersedia sebagai penanggungjawab ( Penanggungjawab BP)
19. Surat pernyataan kesediaan bekerja sebagai pelaksana medis / paramedis / administrasi (dari setiap pelaksana)
20. Surat persetujuan / tidak keberatan dari atasan langsung bagi tenaga yang berstatus CPNS / PNS / sedang menjalankan masa bakti
21. Foto Copy SIP yang masih berlaku bagi Dokter penanggungjawab BP / Klinik dan Dokter Pelaksana Medis sesuai alamat BP / Klinik, Foto Copy SIP Dokter Spesialis / Dokter Gigi Spesialis (khusus penanggungjawab Klinik Utama sesuai alamat BP / Klinik
22. Foto Copy SIP yang masih berlaku bagi tenaga perawat
23. Foto Copy Ijazah bagi tenaga non medis yang dilegalisir
24. Data inventaris medis dan non medis termasuk sarana pemadam kebakaran
25. Daftar obat obatan yang tersedia.
26. Denah bangunan beserta ukurannya
27. Denah tempat pembuangan / pengolahan limbah cair / padat khususnya limbah medis atau bukti kerjasama dengan pihak lain yang mempunyai pengolahan limbah medis yang memenuhi syarat
28. Surat rekomendasi UPL-UKL atau SPPL dari instansi lingkungan hidup Kota Probolinggo
29. Peta lokasi klinik / Puskesmas
30. Foto Copy Nomor Induk Berusaha (NIB)

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih

Probolinggo, .....

Pemohon

Materai Rp. 6.000,-

(.....)