



No. /  
Bidang Kesehatan

## Checklist Persyaratan Izin Puskesmas Kecamatan/Kelurahan

### Data Pemohon

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
Alamat Pemohon : \_\_\_\_\_ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
No. Telp/HP : \_\_\_\_\_  
Alamat Email : \_\_\_\_\_

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan yang didalamnya terdapat pernyataan kebenaran dan keabsahan dokumen & data di atas kertas bermaterai Rp 6.000		
2	<b>Identitas Pemohon/Penanggung Jawab</b> <ul style="list-style-type: none"><li>WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (<i>Fotokopi</i>)</li></ul>		
3	<b>Jika dikuasakan</b> Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	<b>Jika Badan Hukum / Badan Usaha</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (<i>Fotokopi</i>)</li><li>SK pengesahan pendirian dan perubahan (<i>Fotokopi</i>) yang dikeluarkan oleh :<ul style="list-style-type: none"><li>Kemenkumham, jika PT dan Yayasan</li><li>Kementrian, jika Koperasi</li><li>Pengadilan Negeri, jika CV</li></ul></li><li>NPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>)</li></ul>		
5	Izin Mendirikan Bangunan (IMB) [ <i>Fotokopi</i> ]		
6	Dokumen Lingkungan [ <i>Fotokopi</i> ]		
7	Surat Izin Praktik (SIP) atau Surat Izin Kerja (SIK) dokter atau dokter gigi penanggung jawab, dokter atau dokter gigi, perawat atau tenaga kesehatan lain (apoteker, asisten apoteker, dan lain-lain) yang bekerja di puskesmas [ <i>Fotokopi</i> ]		
8	Surat penunjukan sebagai dokter penanggung jawab dari kepala puskesmas		
9	Sertifikat Izin Edar Alat Kesehatan yang digunakan dari Kementerian Kesehatan dan jadwal pengujian dan kalibrasi alat dimaksud [ <i>Fotokopi</i> ]		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari dokter penanggung jawab yang menyatakan kesediaan sebagai penanggung jawab puskesmas		
11	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari setiap dokter yang berpraktik di puskesmas yang menyatakan kesediaan berpraktik berikut hari dan jam praktik		
12	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 yang menyatakan bahwa instalasi farmasi atau laboratorium atau fisioterapi atau klinik memiliki izin operasional tersendiri sesuai dengan ketentuan yang berlaku		
13	Sertifikat Pendidikan dan Pelatihan (estetika, gawat darurat, kontrasepsi, APN PONE, EKG, USG, dan lain-lain) yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan nasional atau organisasi profesi terkait yang diakui oleh pemerintah [ <i>Fotokopi</i> ]		
14	Pasfoto dokter penanggung jawab berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar		
15	Jika tanah atau bangunan disewa: <ul style="list-style-type: none"><li>Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan</li><li>Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemilik tanah atau bangunan yang menyatakan tidak keberatan tanah atau bangunannya digunakan</li><li>KTP pemilik tanah atau bangunan [<i>Fotokopi</i>]</li></ul>		

### Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasubag TU			
4	Kepala Unit PTSP			
5	Petugas penomoran			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
3 Hari Kerja	-	Sesuai STR

### Catatan

Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur