



No. /
Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Panti Sehat (Pengobatan Tradisional Pijat Tuna Netra)

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	Identitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (<i>Fotokopi</i>)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Badan Hukum / Badan Usaha <ul style="list-style-type: none">Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (<i>Fotokopi</i>)SK pengesahan pendirian dan perubahan (<i>Fotokopi</i>) yang dikeluarkan oleh :<ul style="list-style-type: none">Kemenkumham, jika PT dan YayasanKementrian, jika KoperasiPengadilan Negeri, jika CVNPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>)		
5	STPT masing-masing Penyehat Tradisional;		
6	Profil Panti Sehat yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, daftar tenaga meliputi jumlah dan jenisnya, sarana dan prasarana, peralatan serta jenis pelayanan yang diberikan.		
7	Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan jika tanah atau bangunan disewa		
8	Persetujuan tetangga (kiri,kanan,depan,belakang)+ KTP tetangga(kiri,kanan,depan,belakang)		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Back Office - Survey/Tidak Survey			
3	Kepala Unit PTSP			
4	Petugas penomoran			
5	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
7 Hari Kerja	-	2 Tahun

Catatan

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