



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Praktik Refraksionis Optisien (di Fasilitas Kesehatan)

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	Indentitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP)WNA : Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor (<i>Fotokopi</i>)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Izin fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berlaku [Fotokopi]		
5	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku [Fotokopi yang dilegalisasi]		
6	Surat pernyataan akan mentaati peraturan yang berlaku dan melaksanakan etika profesi (bermaterai 6000)		
7	Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan bermaterai 6000		
8	Ijazah (<i>Fotokopi</i>)		
9	Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP)		
10	Pasfoto terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 2 (dua) lembar		
11	Surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan bekerja pada sarana yang bersangkutan		
12	Rekomendasi dari organisasi profesi		

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