



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Klinik (Utama dan Pratama)

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/Penanggung Jawab <ul style="list-style-type: none"> Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi) 		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Usaha Perorangan (Klinik Rawat Jalan) <ul style="list-style-type: none"> NPWP Perorangan (Fotokopi) Jika Badan Hukum / Badan Usaha (Klinik Rawat Jalan / Klinik Rawat Inap) <ul style="list-style-type: none"> Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (Fotokopi) SK pengesahan pendirian dan perubahan (Fotokopi) yang dikeluarkan oleh : <ul style="list-style-type: none"> Kemenkumham, jika PT dan Yayasan Kementrian, jika Koperasi Pengadilan Negeri, jika CV NPWP Badan Hukum (Fotokopi) 		
5	Persetujuan tetangga (kiri, kanan, depan, belakang disertai Fotokopi KTP)		
6	Dokumen Lingkungan / Izin Lingkungan sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan ; - SPPL yang dilengkapi Perjanjian Kerjasama Pengelolaan Limbah Medis Padat dan Cair dengan pihak lain yg telah memiliki Izin Pengelolaan Limbah dari Kementerian Lingkungan Hidup (Klinik Rawat Jalan) - Dokumen UKL-UPL (Klinik Rawat Inap)		
7	Fotokopi Surat Izin Praktik (SIP) Dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain (apoteker, tenaga teknis kefarmasian, ATLM dll) yang bekerja di klinik (apabila belum ada SIP, agar dilengkapi sesuai dengan persyaratan pengajuan SIP yang berlaku) : - Klinik Rawat Jalan : Tenaga Medis, Tenaga Keperawatan, Tenaga Kesehatan lain dan Tenaga Non Kesehatan sesuai kebutuhan - Klinik Rawat Inap (wajib melaksanakan pelayanan farmasi dan laboratorium klinik) : Tenaga Medis, Apoteker, Tenaga Teknis Kefarmasian, Tenaga Keperawatan, Tenaga Gizi, Tenaga Analisis Kesehatan/ATLM, Tenaga Kesehatan lain dan tenaga non kesehatan sesuai kebutuhan		
8	Fotokopi Izin Apotek / Laboratorium / Pelayanan lainnya (jika memiliki izin tersendiri)		
9	Surat penunjukan sebagai dokter penanggung jawab dari pemilik klinik		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 yang menyatakan kesediaan sebagai penanggung jawab klinik		
11	Surat pernyataan tidak keberatan dari atasan langsung (untuk PNS atau TNI atau POLRI atau BUMN atau BUMD)		
12	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemilik klinik yang menyatakan bersedia menaati dan tunduk pada peraturan yang berlaku		
13	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemilik klinik yang menyatakan tidak akan melakukan: <ul style="list-style-type: none"> Tindakan aborsi Tindakan anastesi umum dengan inhalasi dan/atau spinal 		
14	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari setiap dokter yang berpraktik di klinik yang menyatakan kesediaan berpraktik berikut hari dan jam praktik		
15	Sertifikat pendidikan dan pelatihan (kecantikan 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 (sesuai jenis pelayanan yang diberikan)		
16	Sertifikat izin edar alat kesehatan yang digunakan dari Kementerian Kesehatan dan jadwal pengujian dan Hasil Pengujian/kalibrasi alat dimaksud		
17	Klinik yang menggunakan alat kesehatan radiasi pengion harus melampirkan izin dari Badan Pengawas Tenaga Nuklir (BAPETEN) yang masih berlaku [Fotokopi]		
18	Surat kerjasama dengan Puskesmas Kecamatan setempat		
19	Surat Kerjasama dengan Rumah Sakit terdekat sebagai rujukan pasien		
20	Proposal teknis yang dilengkapi dengan: <ul style="list-style-type: none"> Struktur organisasi klinik Daftar ketenagaan (tenaga kesehatan dan non kesehatan) Denah lokasi dengan situasi sekitarnya Denah ruangan klinik Data kelengkapan bangunan atau ruangan Daftar kelengkapan alat medis dan non medis Daftar obat yang tersedia Daftar tarif dan jenis pelayanan yang dilengkapi dengan nama penanggung jawab pelayanan 		
21	Pasfoto berwarna dokter penanggung jawab ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar		
22	Dokumen lain yg diperlukan disesuaikan dengan jenis layanan : - Layanan kecantikan estetika ; surat kerjasama (MOU) dengan Distributor Obat Estetika yang dilengkapi dengan Nomor Registrasi Obat dari Badan POM (fotokopi)		

23	Fotocopy izin operasional klinik yang lama bagi izin perpanjangan		
24	Bukti Kepemilikan Tanah Jika Milik Pribadi <ul style="list-style-type: none"> • Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon , lampirkan data pendukung Jika tanah atau bangunan disewa: <ul style="list-style-type: none"> • Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan minimal selama 5 (lima) tahun • Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemilik tanah atau bangunan yang menyatakan tidak keberatan tanah atau bangunan digunakan • Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemilik tanah atau bangunan (<i>Fotokopi</i>) 		

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
30 Hari Kerja	Rp 0,-	5 Tahun

Perpanjangan izin operasional harus diajukan pemohon paling lama 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlaku izin operasional

Catatan

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