



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Kedokteran Nuklir Dengan Computed Tomografi (CT)

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">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	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">KemenkumhamNPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>)		
5	Izin Fasilitas pelayanan kesehatan Izin Rumah Sakit		
6	izin penggunaan alat dari BAPETEN		
7	Proposal teknis yang dilengkapi dengan: <ul style="list-style-type: none">Struktur organisasi instalasi/unit kedokteran nuklirData ketenagaan di instalasi/unit kedokteran nuklirData kelengkapan peralatan (peralatan monitoring radiasi, peralatan cacah sumber, alat pelindung)Data zat radioaktif : nama dan senyawanya, aktivitas, bentuk dan sifat, jumlah prakiraan pemakaian per tahun		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasat Pel			
4	Ka Subag TU			
5	Kepala Unit Pengelola PMPTSP			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
26 Hari Kerja	Rp 0,-	-

Catatan

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