

PERMOHONAN IZIN KLINIK PRATAMA

Nomor : Jakarta,
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Klinik Pratama

Yth. Kepala Seksi Satlak PTSP
Kecamatan
Di
Jakarta

Bersama ini kami sampaikan permohonan izin untuk mendirikan Klinik dengan klasifikasi PRATAMA:

Nama Klinik Pratama :
Nama Pemohon :
Nama Badan Usaha :
Alamat Klinik : Jln
Pratama Kelurahan
Kecamatan
Kota Administrasi Jakarta
No. Telp/Fax/HP
Nama Pimpinan/
Pemilik :
Penanggung Jawab
Klinik :
Jenis Pelayanan : 1.....
yang diberikan 2.....
3.....
4.....
5.....
Waktu Pelayanan : Hari
Jams.d.....

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap satu:

1. Salinan/fotokopi pendirian Badan Usaha bila berbentuk badan hukum (yayasan/PT/CV) atau fotokopi KTP Pemohon bila milik perorangan;
2. Fotokopi Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP);
3. Fotokopi Sertifikat Tanah atau surat perjanjian sewa menyewa;
4. Fotokopi Izin Mendirikan Bangunan/IMB;
5. Fotokopi Izin Pemanfaatan Ruang/IPR;
6. Fotokopi Izin Undang-Undang Gangguan sebagai Klinik Kesehatan
7. Fotokopi Surat Pernyataan Pengelolaan Lingkungan (SPPL) dan Surat Perjanjian Kerjasama Pembuangan Limbah Medis Padat dan Cair dgn pihak lain yg telah memiliki Izin Pengelolaan Limbah dari Kementerian Lingkungan Hidup;
8. Proposal rencana pendirian Klinik, dan dilengkapi dengan; Struktur Organisasi Klinik, Daftar Personalia, Denah Lokasi dengan situasi sekitarnya, Denah Ruang klinik, Data kelengkapan Bangunan/Ruangan, Data Kelengkapan alat medis dan non medis, Data obat yang tersedia, Daftar Tarif dan Jenis Pelayanan yang dilengkapi dengan nama penanggung jawab pelayanan;
9. Surat Penunjukan sebagai Dokter Penanggung Jawab dari Pemilik Klinik;
10. Surat Pernyataan kesediaan sebagai Penanggung Jawab Klinik (*bermaterai 6000*);
11. Surat Pernyataan Kesediaan sebagai Penanggung Jawab Pelayanan (sesuai dengan jenis pelayanan yang ada di Klinik);
12. Surat Pernyataan Tenaga Pelaksana (sesuai dengan jenis pelayanan yang ada di Klinik);

13. Surat pernyataan tidak keberatan dari atasan penanggung jawab Klinik (untuk PNS/TNI/POLRI/BUMN/BUMD);
14. Surat pernyataan kesediaan berpraktik berikut hari dan jam praktik dari setiap dokter yang berpraktik di Klinik (*bermaterai 6000*);
15. Fotokopi SIP Dokter/Dokter Gigi Penanggung Jawab dan SIP Dokter/Dokter Gigi yang berpraktik di Klinik. (Apabila belum ada SIP Dokter agar dilengkapi sesuai dengan persyaratan pengajuan SIP Dokter yang berlaku);
16. Fotokopi Surat Izin Kerja (SIK) Perawat atau Tenaga Kesehatan Lain (Apoteker, Asisten Apoteker dll), yang bekerja di Klinik. (apabila belum ada, agar dilengkapi sesuai dengan persyaratan pengajuan yang berlaku);
17. Fotokopi sertifikat pendidikan dan pelatihan (estetika, gawat darurat, kontrasepsi, APN PONE, EKG, USG, dll) yg diselenggarakan oleh institusi pendidikan nasional/organisasi profesi terkait yg diakui oleh pemerintah/organisasi profesi terkait;
18. Fotokopi Sertifikat Izin Edar Alat Kesehatan yang digunakan dari Kementerian Kesehatan dan Jadwal Pengujian dan Kalibrasi Alat dimaksud;
19. Fotokopi Surat Kerjasama (MOU) dengan Fasilitas Kesehatan lainnya (Laboratorium, Apotik, Distributor Obat Estetika yang dilengkapi dengan Nomor Registrasi Obat dari Badan POM dll);
20. Surat Kerjasama dengan Suku Dinas Kesehatan dan Puskesmas Kecamatan setempat;
21. Surat Pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku (*bermaterai 6000*);
22. Surat Pernyataan tidak melakukan; Tindakan Aborsi (*bermaterai 6000*);
23. Surat Pernyataan Instalasi Farmasi/Laboratorium/Fisioterapi/Pelayanan lainnya untuk tidak melayani resep/rujukan dari luar klinik, kecuali memiliki izin operasional tersendiri sesuai dengan ketentuan yang berlaku (*bermaterai 6000*);
24. Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan di Klinik;
25. Fotokopi Izin Apotik/Depo Obat/Laboratorium/Fisioterapi/Pelayanan lainnya, jika memiliki izin tersendiri;
26. Pas Foto Dokter Penanggung Jawab 4 x 6 berwarna 3 lembar;
27. Fotokopi izin lama untuk perpanjangan.

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui. Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Jakarta,

*Materai
6000*

(.....)