**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp …..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NomorLampiranPerihal | ::: | …………………………1 (satu) berkasPermohonan serta Pernyataan Kebenaran & Keabsahan Dokumen atas Izin Laboratorium Klinik Swasta Tipe Madya  | Yth. | Jakarta, ………………………………….KepadaKepala Kantor PTSP Kota/Kabupaten Administrasi .....Di Jakarta |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

*(Untuk Perorangan)*

Nama Pemohon : ………………………………………………………………….

Alamat : ………………………………………………………………….

No. Telp / HP : ………………………………………………………………….

Jenis Usaha : ………………………………(*Jika untuk kepentingan usaha*)

(*Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)*

Nama Pemohon : ………………………………………………………………….

Alamat : ………………………………………………………………….

No. Telp / HP : ………………………………………………………………….

Nama Perusahaan : ………………………………………………………………….

Jabatan : ………………………………………………………………….

Bidang Usaha : ………………………………………………………………….

Jenis Usaha : ………………………………………………………………….

Sub-jenis Usaha : ………………………………………………………………….

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan Izin Laboratorium Klinik Swasta Tipe Madya dengan data sebagai berikut :

Nama : ………………………………………………………..

Alamat : ………………………………………………………..

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Izin Laboratorium Klinik Swasta Tipe Madya seperti yang terdapat dalam www.pelayanan.jakarta.go.id.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Izin Laboratorium Klinik Swasta Tipe Madya ini adalah ***Benar dan Sah***. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan dan pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Atas perkenan Bapak / Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Pemohon.

*Ttd dan/atau cap*

*diatas materai Rp. 6000*

……………….

(Jabatan)