



## Checklist Persyaratan Rekomendasi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Calon Tenaga Kerja Indonesia

### 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 sesuai dengan peraturan yang berlaku		
2	<b>Identitas Pemohon/Penanggung Jawab</b> <ul style="list-style-type: none"><li>WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP)</li><li>WNA : Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor (<i>Fotokopi</i>)</li></ul>		
3	<b>Jika dikuasakan</b> Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	<b>Jika Usaha Perorangan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>NPWP Perorangan (<i>Fotokopi</i>)</li></ul> <b>Jika Badan Hukum / Badan Usaha</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (<i>Fotokopi</i>)</li><li>SK pengesahan pendirian dan perubahan (<i>Fotokopi</i>) yang dikeluarkan oleh :<ul style="list-style-type: none"><li>Kemenkumham</li></ul></li><li>NPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>)</li></ul>		
5	Dokumen Lingkungan disertai MoU dari pihak lain yang telah memiliki Izin Pengelolaan limbah dari Kementerian Lingkungan Hidup [ <i>Fotokopi</i> ]		
6	salinan/fotokopi bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah, atau surat sewa minimal selama 5 (lima) tahun bagi yang menyewa		
7	Izin Rumah Sakit atau Izin Klinik Utama (minimal 2 tahun operasional)		
8	Surat Keputusan Pengangkatan Direktur Rumah Sakit atau Penanggung Jawab Klinik Utama		
9	Fotocopy Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan (Dokter, Perawat, Radiologi, Analis Laboratorium)		
10	Surat keputusan penetapan kelas dari Kementerian Kesehatan atau dari Dinas Kesehatan		
11	Proposal Teknis <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Struktur organisasi</li><li><input type="checkbox"/> Daftar tenaga kerja</li><li><input type="checkbox"/> Denah lokasi dan denah ruangan</li><li><input type="checkbox"/> Jadwal praktik dokter</li><li><input type="checkbox"/> SOP Pelayanan</li><li><input type="checkbox"/> Daftar Kelengkapan alat medis disertai kalibrasi alat dan non medis</li></ul>		

Keterangan Persyaratan :

Baru: 1-11,

### Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kepala Seksi			
4	Kepala Bidang			
5	Sekretaris DPMPTSP			
5	Kepala DPMPTSP			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
30 hari kerja	Rp 0,-	5 Tahun

Perpanjangan Izin Operasional sebagaimana dimaksud dilakukan dengan mengajukan permohonan perpanjangan selambat lambatnya 6 (enam) bulan sebelum habis masa berlakunya Izin Operasional.

### Catatan

---

---

---

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