



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	Identitas 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 sesuai dengan peraturan yang berlaku dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Usaha Perorangan <ul style="list-style-type: none"> • NPWP Perorangan (<i>Fotokopi</i>) 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"> ▪ Kemenkumham • NPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>) 		
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"> <input type="checkbox"/> Struktur organisasi <input type="checkbox"/> Daftar tenaga kerja <input type="checkbox"/> Denah lokasi dan denah ruangan <input type="checkbox"/> Jadwal praktik dokter <input type="checkbox"/> SOP Pelayanan <input type="checkbox"/> Daftar Kelengkapan alat medis disertai kalibrasi alat dan non medis 		

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