



o. /

Bidang Kesehatan

## Checklist Persyaratan Izin Praktik Ortotik Prostetik (di Fasilitas Kesehatan)

### 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) dan Kartu Keluarga (KK) (<i>Fotokopi</i>)</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	Izin fasilitas pelayanan kesehatan yang masih berlaku [Fotokopi]		
5	Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku [Fotokopi yang dilegalisasi]		
6	Ijazah Pendidikan Ortotik Prostetik [Fotokopi ]		
7	Surat keterangan sehat dari dokter yang dikeluarkan instansi pemerintah [Fotokopi]		
8	Rekomendasi dari organisasi profesi di wilayah tempat praktik		
9	Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan akan tunduk kepada peraturan yang berlaku		

### Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasubag TU			
4	Kepala Unit PTSP			
5	Petugas penomoran			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
3 Hari Kerja	-	Sesuai STR

### Catatan

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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