**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NomorLampiranPerihal | ::: | …………………………1 (satu) berkasPermohonan serta Pernyataan Kebenaran & Keabsahan Dokumen atas Rekomendasi Laboratorium Klinik Tipe Utama. | Yth. | Jakarta, ………………………………….KepadaKepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu PintuDi Jakarta |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

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

Alamat : ………………………………………………………………….

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

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

Jabatan : ………………………………………………………………….

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

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

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

Dengan ini bermaksud mengajukan permohonan Rekomendasi Laboratorium Klinik Tipe Utama dengan data sebagai berikut :

Nama Sarana : ………………………………………………………..

Nama Penanggung Jawab : ………………………………………………………..

Alamat Sarana : ………………………………………………………..

No. Telp. : ………………………………………………………..

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

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen Rekomendasi Laboratorium Klinik Tipe Utama 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)

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

|  |
| --- |
| **SURAT KUASA** |
|  |
| Yang bertanda tangan di bawah ini Saya : |
| Nama  | :  | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIK | :: | …………………………………………………..………………………………………………….........................................................................…………………………………………………. |
| Nama Badan Hukum *(bila badan hukum/yayasan)* | : | ...................................................................... |
| Alamat Perusahaan*(bila badan hukum/yayasan)*  | : | …………………………………………………..…………………………………………………..………………………………………………….. |
|  |  |  |
| Dengan ini memberi kuasa kepada : |
| Nama  | : | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIKJabatan | ::: | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Untuk mengurus/menyelesaikan persyaratan administrasi dan/atau persyaratan teknis permohonan Perizinan/ Non Perizinan di Dinas PM & PTSP. |
|  |
| Demikian Surat Kuasa ini dibuat agar dapat dipergunakan seperlunya. |
|  |
|  |  Jakarta…………………. |
|  Yang menerima Kuasa, | Yang memberi Kuasa, |
|  |  |
|  | *Ttd dan/atau cap* *diatas materai 6000*  |
|  |  |
|  (....................................) | ……………………………(Jabatan) |