



No. /  
Bidang Kesehatan

## Checklist Persyaratan Izin Penyelenggaraan Klinik Pelayanan Hemodialisis

### 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 ketentuan 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></ul>		
3	<b>Jika dikuasakan</b> Surat kuasa di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan 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, jika PT dan Yayasan</li><li>Kementrian, jika Koperasi</li><li>Pengadilan Negeri, jika CV</li></ul></li><li>NPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>)</li></ul>		
5	Izin Operasional Rumah Sakit yang masih berlaku		
6	Surat Izin Praktik (SIP) atau Surat Izin Kerja (SIK) dokter-dokter spesialis konsulen		
7	Surat Izin Perawat (SIP) atau Surat Izin Kerja (SIK) Perawat bersertifikat hemodialisa		
8	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari dokter penanggung jawab yang menyatakan kesanggupan sebagai dokter penanggung jawab Upaya Pelayanan Hemodialisa (UPH)		
9	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari setiap dokter spesialis yang menyatakan kesediaan sebagai dokter konsulen		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari pemohon yang menyatakan akan mematuhi ketentuan yang berlaku		
11	Surat persetujuan dari pimpinan jika PNS atau TNI atau POLRI yang aktif		
12	Surat Keputusan (SK) di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari pemilik hemodialisa yang memutuskan pengangkatan penanggung jawab UPH		
13	Sertifikat perawat khusus di bidang hemodialisa [ <i>Fotokopi</i> ]		
14	Rekomendasi dari Persatuan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI)		
15	Proposal teknis yang dilengkapi dengan: <ul style="list-style-type: none"><li>Daftar peralatan medis dan non medis</li><li>Daftar personalia UPH</li><li>Struktur organisasi UPH</li><li>Program dan tarif pelayanan yang akan diselenggarakan</li></ul>		

### 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
- Hari Kerja	-	5 Tahun

### Catatan

---

---

---

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