



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C / D / D Pratama (Baru/Perpanjangan/Perubahan)

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	Identitas Pemohon Kartu Tanda Penduduk (KTP), NPWP [Fotocopy]		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Badan Hukum / Badan Usaha <ul style="list-style-type: none">Akta pendirian dan perubahan (<i>Fotokopi</i>)SK pengesahan pendirian dan perubahan yang dikeluarkan oleh Kemenkumham [Fotocopy]NPWP Badan Hukum (<i>Fotokopi</i>) Jika Lembaga / Kementerian / SKPD / BUMN / BUMD <ul style="list-style-type: none">Surat Keputusan (SK) Pendirian Badan Usaha dari Instansi Pemerintah apabila merupakan BUMN/BUMD, SK Gubernur / Peraturan Gubernur pembentukan Jika RSUD		
5	Nomor Induk Berusaha (NIB)		
6	Sertifikat Laik Fungsi (SLF) Bangunan Gedung;		
7	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai (sesuai ketentuan berlaku) dari pemilik yang menyatakan kesanggupan menaati ketentuan dan peraturan yang berlaku di bidang kesehatan		
8	Surat perjanjian kerjasama pembuangan limbah medis padat dan cair dengan pihak lain yang telah memiliki Izin Pengelolaan Limbah dari Kementerian Lingkungan Hidup		
9	Dokumen dan Administrasi manajemen <ul style="list-style-type: none">Profil Rumah Sakit, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, Denah sarana dan prasarana dan struktur organisasi;Isian instrumen self assessment sesuai klasifikasi Rumah Sakit yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia (disertai dengan nomor SIP dan Masa Berlaku SIP), peralatan, bangunan dan prasarana Daftar alat kesehatan disertai Nomor Kalibrasi dan masa berlaku Kalibrasi		
10	Bukti Kepemilikan Tanah atau bangunan Jika Milik Pribadi <ul style="list-style-type: none">Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon , lampirkan data pendukung Jika tanah atau bangunan disewa: <ul style="list-style-type: none">Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan dari pemilik tanah atau bangunan		
11	Akreditasi Rumah Sakit [Fotocopy]		

Keterangan Persyaratan :

Baru : 1-10, Perpanjangan : 1-11, Perubahan Badan Hukum dan Nama Rumah Sakit : 1 – 4, Perubahan Jenis Rumah Sakit : 1-11

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Ka Sat Pel			
4	Ka Subbag TU			
5	Kepala Unit Pengelola PMPTSP			
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