



No. /

Bidang Kesehatan

## Checklist Persyaratan Izin Operasional Klinik (Utama dan Pratama)

### Data Pemohon

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
Alamat Pemohon : \_\_\_\_\_ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)  
No. Telp/HP : \_\_\_\_\_  
Alamat Email : \_\_\_\_\_

No	Perubahan Persyaratan	ada	tidak
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</b> Kartu Tanda Penduduk (KTP), NPWP Pemohon [Fotokopi]		
3	<b>Jika dikuasakan</b> Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	<b>Jika Usaha Perorangan</b> <ul style="list-style-type: none"><li>NPWP Perorangan (Fotokopi)</li></ul> <b>Jika Badan Usaha/Hukum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Akta pendirian dan perubahan Badan Hukum (Fotokopi)</li><li>SK pengesahan pendirian dan perubahan (Fotokopi) yang dikeluarkan oleh Kemenkumham</li><li>NPWP Badan Hukum (Fotokopi)</li></ul> <b>Jika Instansi Pemerintah</b> <ul style="list-style-type: none"><li>SK Pembentukan Klinik dari Instansi (Fotokopi)</li><li>NPWP Instansi (Fotokopi)</li></ul>		
5	Nomor Induk berusaha (NIB)		
6	SPPL (Rawat Jalan) atau UKL-UPL (Rawat Inap)		
7	Surat pernyataan tidak keberatan dari atasan langsung (untuk PNS atau TNI atau POLRI atau BUMN atau BUMD)		
8	Surat kerjasama dengan Puskesmas Kecamatan setempat		
9	Proposal Teknis yang dilengkapi dengan: <ul style="list-style-type: none"><li>Struktur organisasi klinik</li><li>Daftar ketenagaan (tenaga kesehatan dan non kesehatan) (disertai dengan nomor STR dan /atau SIP dan Masa Berlaku STR dan/atau SIP),</li><li>Daftar Sertifikat pendidikan dan pelatihan (kecantikan estetika, gawat darurat, kontrasepsi, APN PONED, EKG, USG, dan lain-lain)</li><li>Daftar alat kesehatan (medis) disertai Nomor Kalibrasi dan masa berlaku Kalibrasi (Jika alat radiasi pengion disertari nomor dan masa berlaku BAPETEN) dan peralatan non medis</li><li>Denah lokasi disertai dengan Titik Koordinat (Google Map) dan Denah ruangan klinik</li><li>Daftar kelengkapan bangunan atau ruangan</li><li>Daftar obat yg tersedia (minimala dilengkapi No.Bact dan tanggal Expired)</li><li>Daftar tarif dan jenis pelayanan yang dilengkapi dengan nama penanggung jawab pelayanan</li><li>Daftar Izin Apotek / Laboratorium / Pelayanan lainnya (jika memiliki izin tersendiri)</li></ul>		
10	Jika memiliki layanan kecantikan estetika melampirkan surat kerjasama (MOU) dengan Distributor Obat Estetika yang dilengkapi dengan Nomor Registrasi Obat dari Badan POM (fotokopi).		
11	<b>Bukti Kepemilikan Tanah atau bangunan</b> Jika Milik Pribadi <ul style="list-style-type: none"><li>Sertifikat Tanah/ Akte Waris/ Akte Hibah/ Akte Jual Beli (AJB), bila bukan atas nama pemohon, lampirkan data pendukung</li></ul> Jika tanah atau bangunan disewa: <ul style="list-style-type: none"><li>Perjanjian sewa-menyewa tanah atau bangunan dari pemilik tanah atau bangunan</li></ul>		
12	Izin operasional klinik yang lama (Fotokopi)		
13	Laporan Penyelenggaraan Klinik 1(satu) tahun terakhir kepada pejabat terkait		

Keterangan Persyaratan :

Baru : 1-11; Perpanjangan/Perubahan :1-5, 9-13;

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
30 Hari Kerja	Rp 0,-	5 Tahun

*Perpanjangan izin operasional harus diajukan pemohon paling lama 3 (tiga) bulan sebelum habis masa berlaku izin operasional*

**Catatan**

---

---

---

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