



No. /

Bidang Kesehatan

## Checklist Persyaratan Izin Praktik Optometris (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	Fotokopi Ijazah yang dilegalisir (Lulusan pendidikan Diploma Empat atau Sarjana Terapan Optometri atau Sarjana Profesi Optometri)		
5	Fotokopi yang dilegalisasi STRO (STR Optisen) dari MTKI		
6	Surat Keterangan Sehat Dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktik		
7	Surat Pernyataan memiliki tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan		
8	Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatarbelakang merah		
9	Rekomendasi dari Organisasi Profesi		

### 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