



No. /
Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Izin Penyelenggaraan Unit Pelayanan Dialisis di Rumah Sakit

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 Rp 6.000		
2	Identitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Jika Badan Hukum / Badan Usaha <ul style="list-style-type: none">Akta pendirian dan perubahan (Kantor Pusat dan Kantor Cabang, jika ada) (Fotokopi)SK pengesahan pendirian dan perubahan (Fotokopi) yang dikeluarkan oleh :<ul style="list-style-type: none">Kemenkumham, jika PT dan YayasanKementrian, jika KoperasiPengadilan Negeri, jika CVNPWP Badan Hukum (Fotokopi)		
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 Rp 6.000 dari dokter penanggung jawab yang menyatakan kesanggupan sebagai dokter penanggung jawab Upaya Pelayanan Hemodialisa (UPH)		
9	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari setiap dokter spesialis yang menyatakan kesediaan sebagai dokter konsulen		
10	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 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 Rp 6.000 dari pemilik hemodialisa yang memutuskan pengangkatan penanggung jawab UPH		
13	Sertifikat perawat khusus di bidang hemodialisa [Fotokopi]		
14	Rekomendasi dari Persatuan Nefrologi Indonesia (PERNEFRI)		
15	Proposal teknis yang dilengkapi dengan: <ul style="list-style-type: none">Daftar peralatan medis dan non medisDaftar personalia UPHStruktur organisasi UPHProgram dan tarif pelayanan yang akan diselenggarakan		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Admin Logbook			
3	Admin Teknis			
4	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
5	Kasubag TU			
6	Kepala Unit PTSP			
7	Admin TU untuk penomoran			
8	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
14 hari kerja	-	Sesuai dengan Izin Rumah Sakit

Catatan

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