

Perihal : **Permohonan Surat Izin
Operasional Klinik Baru**

Banjarbaru, 20
Kepada Yth :
Kepala DPM & PTSP
Kota Banjarbaru
Di-
Banjarbaru

Dengan ini kami sampaikan izin untuk mendirikan Klinik :

1. PEMOHON
Nama Pemohon :
Alamat :

2. KLINIK
Nama Klinik :
Alamat :

3. PENANGGUNG JAWAB
Nama :
Alamat :
Telpon :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP pemohon
2. Nomor Induk Berusaha (NIB)
3. Fotocopy akte bagi yayasan / berbadan hukum
4. Status Bangunan (sewa/milik Pribadi) jika status kontrak lampirkan bukti surat kontrak minimal 5 tahun, jika milik pribadi sertakan fotocopy sertifikat tanah/bukti kepemilikan lain
5. Dokumen SPPL / UKL-UPL
6. Struktur Organisasi
7. Surat Pernyataan mentaati peraturan per Undang-Undangan yang berlaku oleh pimpinan yayasan/sarana kesehatan
8. Surat pernyataan kesediaan pimpinan yayasan/sarana kesehatan memperkerjakan tenaga teknis harus memiliki SIP/SIK/SIB (Materai 6000)
9. Daftar ketenagaan yang tersedia dilampiri :
 - a. Izin SIP Dokter di Instansi dimana dokter bekerja
 - b. Izin SIP & SIK B Bagi Bidan dan SIP & SIK P bagi perawat
10. Surat izin atasan bagi PNS
11. Surat Pernyataan kesediaan sebagai dokter penanggung jawab dan melampirkan STR
12. Surat Penunjukan pelaksana harian
13. Daftar peralatan medis dan non medis
14. Peta Lokasi dan gambar denah bangunan beserta peruntukannya
15. Keterangan mengenai (jam buka,jenis pelayanan,kepada siapa pelayanan diberikan)
16. Perjanjian Kerjasama dalam hal pembuangan limbah medis dengan pihak ketiga
17. Surat pernyataan bekerjasama dengan puskesmas
18. Berita Acara pemeriksaan dari dinas kesehatan

Demikian permohonan ini kami ajukan dengan harapan dapat dikabulkan, atas dikabulkannya permohonan ini kami sampaikan terimakasih.

Pemohon,

(.....)

Perihal : **Permohonan Surat Izin
Mendirikan Klinik**

Banjarbaru, 20
Kepada Yth :
Kepala DPM & PTSP Banjarbaru
Di-
Banjarbaru

Dengan ini kami sampaikan izin untuk mendirikan Klinik :

1. PEMOHON

Nama Pemohon :
Alamat :

2. KLINIK

Nama Klinik :
Alamat :

3. PENANGGUNG JAWAB

Nama :
Alamat :
Telpon :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP pemohon
2. Nomor Induk Berusaha (NIB)
3. Fotocopy akte bagi yayasan / berbadan hukum kecuali perorangan
4. Status Bangunan, jika sewa minimal 5 (lima tahun), jika milik sendiri dilengkapi dengan fotocopy sertifikat
5. Dokumen SPPL untuk klinik rawat jalan/dokumen UKL-UPL untuk klinik rawat inap
6. Profil klinik yang akan didirikan meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan, kefarmasian, laboratorium serta pelayanan yang diberikan
7. Peta Lokasi dan gambar denah bangunan beserta peruntukannya
8. Berita acara tim pemeriksa Dinkes Kota Banjarbaru
9. Surat pernyataan bekerjasama dengan Puskesmas

Demikian permohonan ini kami ajukan dengan harapan dapat dikabulkan, atas dikabulkannya permohonan ini kami sampaikan terimakasih.

Pemohon,

(.....)

Operasional Klinik karena perubahan nama/jenis badan usaha

Kepada Yth :
Kepala DPM & PTSP
Kota Banjarbaru
Di-
Banjarbaru

Dengan ini kami sampaikan izin untuk mendirikan Klinik :

1. PEMOHON
Nama Pemohon :
Alamat :
2. KLINIK
Nama Klinik :
Alamat :
3. PENANGGUNG JAWAB
Nama :
Alamat :
Telpon :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP pemohon
2. Nomor Induk Berusaha (NIB)
3. Fotocopy akte bagi yayasan / berbadan hukum
4. Status Bangunan
5. Struktur Organisasi
6. Dokumen SPPL / UKL-UPL
7. Surat Pernyataan mentaati peraturan per Undang-Undangan yang berlaku oleh pimpinan yayasan/sarana kesehatan
8. Surat pernyataan kesediaan pimpinan yayasan/sarana kesehatan memperkerjakan tenaga teknis harus memiliki SIP/SIK/SIB (Materai 6000)
9. Surat Pernyataan penggantian nama atau jenis badan usaha
10. Fotocopy perubahan akta notaris
11. Izin operasional asli
12. Daftar ketenagaan yang tersedia dilampiri :
 - c. Izin SIP Dokter di Instansi dimana dokter bekerja
 - d. Izin SIP & SIK B Bagi Bidan dan SIP & SIK P bagi perawat
13. Surat izin atasan bagi PNS
14. Surat Pernyataan kesediaan sebagai dokter penanggung jawab dan melampirkan STR
15. Surat Penunjukan pelaksana harian
16. Daftar peralatan medis dan non medis
17. Peta Lokasi dan gambar denah bangunan beserta peruntukannya
18. Keterangan mengenai (jam buka,jenis pelayanan, kepada siapa pelayanan diberikan)
19. Perjanjian Kerjasama dengan pihak ketiga dalam hal pembuangan limbah medis
20. Surat pernyataan bekerjasama dengan puskesmas
21. Berita Acara pemeriksaan dari dinas kesehatan

Demikian permohonan ini kami ajukan dengan harapan dapat dikabulkan, atas dikabulkannya permohonan ini kami sampaikan terimakasih.

Pemohon,

(.....)

Perihal : **Permohonan Surat Izin
Operasional Klinik Karena Pindah Lokasi**

Banjarbaru, 20
Kepada Yth :
Kepala DPM & PTSP
Kota Banjarbaru
Di-
Banjarbaru

Dengan ini kami sampaikan izin untuk mendirikan Klinik :

1. PEMOHON
Nama Pemohon :
Alamat :
2. KLINIK
Nama Klinik :
Alamat :
3. PENANGGUNG JAWAB
Nama :
Alamat :
Telpon :

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP pemohon
2. Nomor Induk Berusaha (NIB)
3. Fotocopy akte bagi yayasan / berbadan hukum
4. Status Bangunan (sewa/milik Pribadi) jika status kontrak lampirkan bukti surat kontrak minimal 5 tahun, jika milik pribadi sertakan fotocopy sertifikat tanah/bukti kepemilikan lain
5. Dokumen SPPL / UKL-UPL
6. Struktur Organisasi
7. Surat Pernyataan mentaati peraturan per Undang-Undang yang berlaku oleh pimpinan yayasan/sarana kesehatan
8. Surat Pernyataan penggantian alamat dan tempat klinik yang ditandatangani oleh pemilik
9. Surat pernyataan kesediaan pimpinan yayasan/sarana kesehatan memperkerjakan tenaga teknis harus memiliki SIP/SIK/SIB (Materai 6000)
10. Izin Klinik asli yang lama sebelum perubahan
11. Daftar ketenagaan yang tersedia dilampiri :
 - e. Izin SIP Dokter di Instansi dimana dokter bekerja
 - f. Izin SIP & SIK B Bagi Bidan dan SIP & SIK P bagi perawat
12. Surat izin atasan bagi PNS
13. Surat Pernyataan kesediaan sebagai dokter penanggung jawab dan melampirkan STR
14. Surat Penunjukan pelaksana harian
15. Daftar peralatan medis dan non medis
16. Peta Lokasi dan gambar denah bangunan beserta peruntukannya
17. Keterangan mengenai (jam buka, jenis pelayanan, kepada siapa pelayanan diberikan)
18. Perjanjian Kerjasama dalam hal pembuangan limbah medis dengan pihak ketiga
19. Surat pernyataan bekerjasama dengan puskesmas
20. Berita Acara pemeriksaan dari dinas kesehatan

Demikian permohonan ini kami ajukan dengan harapan dapat dikabulkan, atas dikabulkannya permohonan ini kami sampaikan terimakasih.

Pemohon,

(.....)