FORMULIR PERMOHONAN AKTIVITAS KLINIK
PEMERINTAH (Non BLUD)

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Aktivitas Klinik Pemerintah (Non BLUD)

Siak Sri Indrapura, 2024
Kepada Yth,
Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak
Di
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Pemohon :
Tempat/ Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
No. KTP Pemohon :
Nama Rumah Sakit :
Alamat Rumah Sakit :
No. Telepon/ HP :
Email :
Nama Pemilik Rumah Sakit :
Nama Pimpinan Rumah Sakit :

Dengan ini mengajukan Permohonan Aktivitas Klinik Pemerintah (Non BLUD) sebagai pertimbangan bersama ini kami lampirkan sebagai Berikut:

1. Fotokopi KTP dan NPWP Pemilik Sarana
2. Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan
3. Akta Pendirian Klinik Badan Usaha/Badan Hukum (wajib untuk klinik rawat inap)
4. Profil Klinik
5. Self Assessment Klinik
6. Daftar sarana,prasarana,bangunan, peralatan dan daftar Obat-Obatan dan bahan habis pakai
7. Daftar SDM sesuai dengan kewenangan dan struktur organisasi
8. Surat Izin Praktik (SIP) semua tenaga Kesehatan yang bekerja di Klinik
9. Perjanjian kerja sama pembuangan limbah bahan berbahaya dan beracun (B3).
10. Surat keterangan dari dinas kesehatan kabupaten/kota mengenai pertimbangan persetujuan pendirian Klinik (opsional bagi Klinik dengan perizinan baru).
11. Sertifikat Standar Usaha Klinik atau Surat izin Operasional Klinik sebelum yang masih berlaku (Operasional bagi Klinik dengan Perpanjanangan atau Perubahan perizinan)i :.
12. Surat pernyataan pergantian badan hukum nama Klinik modal,jenis Klinik dan / atau alamat klinik yang ditandatangai oleh pemilik klinik (Opsional bagi klinik dengan perubahan perizinan)
13. Dokumen perubahan NIB (Opsional bagi Klinik dengan perubahan perizinan terkait penggatian badan hukum)Surat Keterangan kesesuaian peruntukan lokasi dan lahan serta pertimbangan kebutuhan Rumah Sakit dari dinas Kesehatan kabupaten/kota (Rekomendasi)
14. Izin Mempekerjaan Tenaga Asing (IMTA) (Opsional bila da Tenaga Kerja Warga Negara Asing (TK-WNA)
15. Persyaratan izin lainnya (Mohon dicantumkan jenis dokumen yang diunggah pada baris catatan dibawah)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih

……2024

Materai
Rp 10.000

( )