

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin
Kepada Yth.
Klinik Pemerintah Pratama Rawat Jalan
Kepala DPMPTSP
Kabupaten Sleman
Di
SLEMAN

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Operasional Klinik Pratama rawat jalan dengan data-data sebagai berikut :

- 1 Pemohon
Nama Pemohon :
Nomor Surat izin Praktik/SIP :
Nomor Kartu Tanda Penduduk :
Alamat dan Nomor Telepon :
Pekerjaan Sekarang :
NPWP :
- 2.Klinik
Nama Klinik :
Alamat :
Nomor Telepon :
Kecamatan :
Propinsi :
- 3 Penanggung Jawab Teknis Klinik Pratama Rawat Jalan
Nama :
No. SIP :
Alamat :

Bersama Permohonan ini kami lampirkan

1. Foto Copy KTP Pemohon / Pemilik
2. Foto copy/salinan akta pendirian badan hukum atau badan usaha, kecuali untuk kepemilikan perorangan.
3. IMB, SPPL, SLF
4. Salinan/Foto Copy Denah Bangunan dan Peta lokasi
5. Daftar peralatan
6. SOTK Klinik
7. Profil Klinik, yang meliputi nama dan alamat lengkap, visi, misi, struktur organisasi dan waktu penyelenggaraan klinik
8. Daftar sarana & Prasarana
9. Daftar Ketenagaan & Foto kopi SIP yang masih berlaku
10. Surat penunjukan sebagai dokter penanggungjawab dari pemilik klinik
11. Surat pernyataan sebagai dokter penanggungjawab bermaterai 10.000
12. Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pemilik sarana bermaterai 10.0000

Demikian permohonan ini kami ajukan dalam rangkap 2 (dua) dan kami bertanggung jawab atas kebenaran data dan syarat-syarat terlampir. Atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Sleman,
Pemohon

(.....)

