

PERMOHONAN SURAT IZIN KLINIK

Ke p a d a :
Yth. Bupati Trenggalek
Melalui Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Di -
TRENGGALEK

Dengan Hormat,

Dengan ini kami sampaikan permohonan Izin Penyelenggaraan Klinik (Pratama /
Utama) Rawat Inap / Rawat jalan

Nama : Klinik.....
Alamat : Jalan
Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Trenggalek

Penanggung Jawab : dr.....

Bersama ini kami lampirkan berkas persyaratan yang diperlukan :

1. Foto copy KTP Pemohon
2. Foto copy Akte Pendirian (Badan hukum) kecuali kepemilikan perorangan
pada Klinik Pratama Rawat Jalan
3. Foto copy Ijin Prinsip, IMB dan HO dari pemerintah
4. Dokumen UKL dan UPL untuk rawat inap, SPPL untuk rawat jalan
5. Profil Klinik, meliputi :
 - Struktur Organisasi
 - Tenaga Kesehatan, disertai Foto copy STR / SIP
 - Sarana dan prasarana yang dimiliki
 - Peralatan medis dan non medis
 - Pelayanan yang diberikan
6. Denah lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan yang diusulkan
7. Surat pernyataan kesanggupan penanggung jawab
8. Surat pernyataan kesanggupan masing – masing tenaga
9. Surat ijin dari atasan langsung bagi tenaga yang PNS
10. Surat pernyataan kebenaran dokumen.

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapatnya disetujui

Trenggalek,

Pemohon,

Materai 6000

.....

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN
SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB KLINIK.....

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat / tanggal lahir :
Pendidikan Terakhir :
Lulusan tahun :
Alamat / Telp :
.....
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai penanggung jawab pada :

Nama Klinik :
Alamat / Telp :

Dimulai sejak klinik.....tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada instansi lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan : foto copy Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR)

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Penanggung jawab / Pemilik

Yang membuat pernyataan,

.....

.....

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN
SEBAGAI DOKTER PELAKSANA PELAYANAN KESEHATAN
KLINIK.....**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat / tanggal lahir :
Pendidikan Terakhir :
Lulusan tahun :
Alamat / Telp :
.....
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai dokter pelaksana pelayanan kesehatan pada :

Nama Klinik :
Alamat / Telp :

Dimulai sejak klinik.....tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada instansi lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan : foto copy Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR)

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Penanggung jawab / Pemilik

.....

Yang membuat pernyataan,

.....

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN
SEBAGAI PARAMEDIS PELAKSANA PELAYANAN KESEHATAN
KLINIK.....**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat / tanggal lahir :
Pendidikan Terakhir :
Lulusan tahun :
Alamat / Telp :
.....
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai paramedis pelaksana pelayanan kesehatan pada
:

Nama Klinik :
Alamat / Telp :

Dimulai sejak klinik.....tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada instansi lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan : foto copy Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR)

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Penanggung jawab / Pemilik

Yang membuat pernyataan,

.....

.....

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN
SEBAGAI STAF PELAKSANA PELAYANAN ADMINISTRASI
KLINIK.....**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat / tanggal lahir :
Pendidikan Terakhir :
Lulusan tahun :
Alamat / Telp :
.....
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai staf pelaksana pelayanan administrasi pada :

Nama Klinik :
Alamat / Telp :

Dimulai sejak klinik.....tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada instansi lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan : foto copy Ijazah.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Penanggung jawab / Pemilik

Yang membuat pernyataan,

.....

.....