

**PERSYARATAN PERMOHONAN
IZIN MENDIRIKAN KLINIK**

SYARAT ADMINISTRASI :

- 1) Surat Permohonan Izin ditujukan Kepada Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Malang, (Kop Yayasan atau pemilik)
- 2) Foto Copy KTP / Biodata dari pemohon
- 3) Foto Copy Akte Pendirian (bagi pemohon berbadan hukum), atau Daftar Riwayat Hidup dan Pekerjaan Pemimpin Sarana Kesehatan dimaksud yang disahkan oleh Instansi yang berwenang
- 4) Foto copy sertifikat tanah (pemilikan tanah) atau surat kontrak minimal 5(Lima) tahun bagi yang menyewa bangunan.
- 5) Foto copy surat Izin Mendirikan Bangunan (IMB)
- 6) Foto copy surat Izin Gangguan (HO)
- 7) Surat Pernyataan Kesediaan Mentaati Peraturan/ Perundang-undangan yang berlaku oleh Pimpinan Yayasan/ Sarana Kesehatan dimaksud di atas materai Rp. 6.000,-
- 8) Surat Rekomendasi dari Puskesmas Setempat untuk mendirikan dan operasional klinik yang terbaru sesuai dengan tahun permohonan
- 9) Profil Klinik (mencantumkan jenis pelayanan medis, jumlah tenaga medis yang akan disediakan dalam klinik)
- 10) Dokumen SPPL (untuk Klinik Rawat Jalan) / Dokumen UKL-UPL (untuk Klinik Rawat Inap)
- 11) Pas Foto Penanggungjawab ukuran 3x4 cm (3 lembar) berwarna

PERSYARATAN FISIK :

1. Gambar denah bangunan beserta ukurannya sesuai dengan persyaratan kelengkapan bangunan
2. Peta lokasi Klinik
3. Berkas Rangkap 2 dimasukkan kedalam document ceeper / display book

KOP Surat Klinik

Nomor : Kepada :
Lampiran : Yth.
Perihal : Permohonan Izin Mendirikan Klinik Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Malang
di –
MALANG

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat :
Jabatan :

Bersama ini mengajukan permohonan untuk memperoleh **Izin Mendirikan Klinik** dengan data sebagai berikut :

Nama Klinik :
Alamat :
:

Jenis Pelayanan Klinik : Rawat Jalan / Rawat Inap *

Sebagai bahan pertimbangan dan penelitian lebih lanjut, bersama ini kami sertakan persyaratan dan pernyataan yang diperlukan sebagaimana terlampir.

Demikian permohonan kami untuk menjadikan periksa dan kami sampaikan terima kasih.

Hormat kami,
Pemohon

Materai Rp. 6000,-

(.....)

KOP Surat Klinik

SURAT PERNYATAAN KESEDIAAN MENTAATI PERATURAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Jabatan :

Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa kami sanggup menaati ketentuan dan peraturan yang berlaku di bidang kesehatan yang berkaitan dengan Klinik

Demikian pernyataan ini kami buat dengan penuh kesadaran dan tanggungjawab.

Malang,.....

Pemilik / Pemohon

Materai Rp.6.000,-

(.....)

