

## **PERSYARATAN PERMOHONAN**

### **IZIN OPERASIONAL 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 2 (dua) 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 yang terbaru sesuai dengan tahun permohonan
- 9) Surat Penunjukan Penanggungjawab dari pemilik ke dokter yang ditunjuk sebagai penanggungjawab
- 10) Pernyataan kesediaan bekerjasama sebagai penanggungjawab dan staf pelaksana (semua pekerja)
- 11) Surat pernyataan tidak keberatan dari atasan langsung bagi tenaga medis dan paramedis yang bekerja sebagai Pegawai Negeri Sipil, ( bila ada )
- 12) Foto copy SIP (Surat Izin Praktek), Klinik Rawat Jalan Minimal 2 dokter, Klinik Rawat Inap Minimal 4 dokter.
- 13) Foto copy SIB (Surat Izin Bidan), SIPB (Surat Izin Praktek Bidan) dan SIKB (surat izin kerja bidan) bagi tenaga paramedis Bidan ( bila ada )
- 14) Foto copy SIP (Surat Izin Perawat) dan SIKP (Surat Izin Kerja Perawat) bagi tenaga paramedis perawat
- 15) Foto copy Surat Izin Apoteker, Klinik Rawat Jalan tidak wajib/dapat menyertakan MoU dengan Apotik terdekat, Klinik Rawat Inap wajib ada
- 16) Untuk Klinik Rawat Jalan menggunakan SPPL, untuk Klinik Rawat Inap menggunakan Dokumen UKL UPL
- 17) Surat kerjasama pembuangan limbah padat (dikerjasamakan dengan Pihak yang berizin Legal)
- 18) Pas Foto Penanggungjawab ukuran 3x4 cm (3 lembar) berwarna

#### **PERSYARATAN FISIK :**

1. Daftar ketenagaan yang tersedia
2. Daftar peralatan yang tersedia
3. Daftar tarif
4. Struktur Organisasi Pelayanan Kesehatan yang teruraikan dalam pembagian tugas dan fungsi pelayanan
5. Gambar denah bangunan sederhana
6. Peta lokasi Klinik
7. Berkas Rangkap 2 dimasukkan kedalam document ceeper / display book

## KOP Surat Klinik

---

Nomor :  
Lampiran :  
Perihal : Permohonan Izin Operasional Klinik

Kepada :  
Yth.  
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 Operasional Klinik** dengan data sebagai berikut :

Nama Klinik : .....  
Alamat : .....  
: .....  
Jenis Pelayanan Klinik : .....

Dengan penanggungjawab :

Nama : .....  
Nomor SIP ( Surat Izin Praktik ) : .....

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,-

(.....)

## KOP Surat KLINIK

---

### SURAT PENUNJUKAN PENANGGUNG JAWAB

Nomor :

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....

Tempat / Tanggal Lahir : .....

Alamat : .....

Jabatan : .....

Dengan ini dimohon kesediaan Saudara :

Nama Lengkap : .....

Tempat / Tanggal Lahir : .....

Alamat : .....

Pekerjaan : .....

Sebagai penanggung jawab manajemen di Klinik .....

Surat ini berlaku sejak ditetapkan dan bila terjadi kekeliruan atau perubahan atau pengunduran diri akan dilakukan peninjauan / penunjukan kembali.

Ditetapkan di : .....

Tanggal : .....

Pemilik

(.....)

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN BEKERJA  
SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB**

Nomor :

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....

Tempat / Tanggal Lahir : .....

Tempat / Tanggal Lulus : .....

Nomor SIP (Surat Izin Praktik) : .....

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai penanggung jawab pada :

Nama Klinik : .....

Alamat : .....

Sejak bekerja di Klinik ..... tidak akan bekerja sebagai penanggung jawab pada instansi pelayanan lainnya.

Demikianlah pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Malang, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp.6.000,-

(..... )

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN BEKERJA  
SEBAGAI PELAKSANA**

---

Nomor : .....

Kami yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Tempat / Tanggal Lahir : .....  
Tempat / Tanggal Lulus : .....  
Nomor SIP : .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....

Dengan ini menyatakan kesanggupan untuk bekerja pada :

Nama Klinik : .....  
Alamat : .....

Demikianlah pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Malang, .....

Yang membuat pernyataan

Materai Rp.6.000,-

( ..... )

**STRUKTUR ORGANISASI**





