

PERMOHONAN REKOMENDASI IZIN BIDAN PRAKTEK MANDIRI

Nomor : Jayapura,
Lampiran : 1 (satu) berkas Kepada Yth.
Perihal : Permohonan Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan Kota Jayapura
di -
Jayapura

Bersama ini kami sampaikan permohonan izin rekomendasi untuk mendirikan Bidan Praktek Mandiri :

Nama Pemohon :
Nama Badan Usaha :
Alamat : Jln.
Kelurahan
Distrik
Kota
No. Hp
Nama Pimpinan / Pemilik :
Penanggung Jawab :

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap satu :

1. Surat penunjukan sebagai penanggung jawab dari pemilik
2. Surat pernyataan penanggungjawab klinik perorangan
3. Surat pernyataan tidak keberatan dari atasan penanggung jawab klinik (untuk PNS/TNI/POLRI/BUMN/BUMD)
4. Surat pernyataan tidak akan melakukan tindakan aborsi
5. Surat pernyataan sanggup tunduk dan patuh terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan sanggup dikenakan sanksi bila bersalah
6. Foto copy ijazah penanggungjawab dan seluruh tenaga medis
7. Foto copy KTP penanggungjawab dan seluruh tenaga medis
8. Foto copy STR dan SIP penanggungjawab dan seluruh tenaga medis
9. Foto copy Kartu Anggota Profesi dari penangggungjawab
10. Foto copy sertifikat pendidikan dan pelatihan (estetika, gawat darurat, kontrasepsi, APN PONE, EKG, USG, dll) yang diselenggarakan oleh institusi pendidikan nasional/organisasi profesi terkait yang diakui oleh pemerintah/organisasi profesi terkait
11. Profil Bidan Praktek Mandiri yang meliputi struktur organisasi klinik, daftar personalia, denah lokasi dengan situasi sekitarnya, denah ruangan klinik, data kelengkapan bangunan/ruangan, data kelengkapan alat medis dan non medis, data obat yang tersedia, daftar tarif dan jenis pelayanan yang dilengkapi dengan nama penanggungjawab pelayanan dan jadwal pelayanan.
12. Foto copy sertifikat izin edar alat kesehatan yang digunakan dari Kementerian Kesehatan dan jadwal pengujian dan kalibrasi alat dimaksud
13. Foto copy surat kerjasama (MOU) dengan fasilitas kesehatan lainnya (laboratorium, apotik, distributor obat estetika yang dilengkapi dengan nomor registrasi obat dari badan POM dll)
14. Foto copy sertifikat tanah dan surat perjanjian sewa bila gedung tempat praktek disewa
15. Dokumen SPPL untuk klinik rawat jalan dan dokumen UKL-UPL untuk klinik rawat inap
16. Foto copy IMB
17. Rekomendasi dari Puskesmas setempat
18. Surat pernyataan kesanggupan melaksanakan pendataan dan mengirimkan laporan penyakit ke Puskesmas
19. Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan
20. Foto copy izin apotik/depo obat/laboratorium/fisioterapi/pelayanan lainnya, jika memiliki izin tersendiri

21. Pas Foto dokter penanggungjawab 4 x 6 berwarna 3 lembar
22. Foto copy izin lama bagi yang perpanjangan
23. Siapkan 2 tanaman obat dan disertai dengan penjelasan penggunaan tanaman obat tersebut

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui. Atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Pemohon

Materai
Rp. 10000

(.....)