

PERMOHONAN REKOMENDASI IZIN OPERASIONAL KLINIK KECANTIKAN

Nomor : Kepada Yth.
Lampiran : Kepala Dinas Kesehatan Kota
Perihal : Permohonan Rekomendasi Jayapura
Izin Operasional Klinik Kecantikan Di –
Jayapura

Bersama ini kami sampaikan permohonan izin rekomendasi untuk mendirikan Klinik Kecantikan

Nama Penanggung Jawab :
Nama Badan Usaha :
Alamat Klinik Kecantikan : Jln.
Kelurahan.
Distrik.
No. HP.

Nama Pimpinan / Pemilik :

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap satu :

1. Surat Permohonan (materai 10.000)
2. Foto copy sertifikat tanah dan IMB/kontrak/sewa dan IMB peruntukan usaha;
3. Foto copy perjanjian pemusnahan/pengolahan limbah medic dengan tempat yang memiliki pengolahan limbah medic yang memenuhi syarat
4. Penanggung jawab teknis medis dengan melampirkan :
 - Surat pengangkatan sebagai penanggung jawab teknis medis
 - Surat pernyataan bersedia menjadi penanggung jawab teknis medis
 - Foto copy KTP setempat
 - Foto copy Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter (legalisir konsil kedokteran Indonesia)
 - Foto copy Surat Izin Praktek (SIP)
 - Foto copy Sertifikat Pendidikan dan Pelatihan Bidang Estetika Medik yang diselenggarakan Institusi Pendidikan Nasional/Internasional atau Organisasi Profesi (OP) terkait yang diakui pemerintah
5. Surat pernyataan bersedia menaati peraturan yang berlaku yang ditanda tangani oleh pemilik dan penanggung jawab teknis medis
6. Daftar tarif dan jenis pelayanan
7. Peta lokasi dan bangunan/ruangan beserta ukurannya
8. Foto copy NPWP (pelaku usaha yang melakukan usaha di daerah/cabang wajib memiliki NPWP cabang yang dikeluarkan oleh Kantor Pelayanan Pajak Pratama setempat)
9. Daftar peralatan
10. Daftar kosmetik, obat-obatan dan implant yang digunakan
11. SOP yang ditanda tangani oleh penanggung jawab teknis medis
12. Mempunyai ikatan kerjasama dengan RS rujukan (untuk klinik tipe utama)
13. Blangko rekam medis dan inform consent
14. Daftar ketenagaan
15. Surat kuasa apabila dikuasakan pengurusannya (materai 6000)

16. Surat pernyataan berkas sesuai dengan aslinya dari pemohon (materai 10.000)

17. Untuk klinik kecantikan tipe utama agar melampirkan :

a) Dokter

- Foto copy STR Dokter (legalisir Konsil Kedokteran Indonesia)
- Foto copy SIP
- Foto copy sertifikat dan pelatihan estetik medic, yang masih berlaku (5 tahun terakhir)

b) Perawat

- Foto copy surat izin perawat
- Foto copy SIP perawat

c) Beautician/Aesthetician/cosmetologist

- Foto copy surat izin kerja sebagai Junior Beautician atau senior Beautician atau esthetician/cosmetologist)

d) Apoteker

- Foto copy KTP serempat
- Foto copy STRA
- Surat pengangkatan sebagai penanggung jawab sarana farmasi
- Surat pernyataan Apoteker hanya melayani resep asal klinik dan tidak melayani resep asal luar klinik serta tidak melayani obat-obatan dalam golongan narkotika;

e) Asisten Apoteker

- Foto copy STR Tenaga Teknik Kefarmasian
- Foto copy Surat Ijin Kerja Tenaga Teknik Kefarmasian

Pemohon

Materai
Rp. 10000

(.....)