

## PERMOHONAN REKOMENDASI IZIN KLINIK UTAMA / PRATAMA

Nomor : ..... Jayapura,.....  
Lampiran : 1 (satu) berkas Kepada Yth;  
Perihal : Permohonan Rekomendasi Kepala Dinas Kesehatan Kota Jayapura  
Izin Klinik Utama / Pratama di –  
Jayapura

Bersama ini kami sampaikan permohonan izin rekomendasi untuk mendirikan Klinik UTAMA/ MANDIRI :

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

Dengan lampiran lengkap masing-masing rangkap satu:

1. Surat penunjukan sebagai dokter penanggungjawab dari pemilik klinik;
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 patut 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 Tanda Anggota dari IDI/PDGI
10. Foto copy sertifikat pendidikan dan pelatihan (estetika, gawat darurat, kontrasepsi, APN PONE, EKG, USG, dll) yg diselenggarakan oleh institusi pendidikan nasional/organisasi profesi terkait yg diakui oleh pemerintah/organisasi profesi terkait;
11. Profil Klinik 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 penanggung jawab 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 mengirimkankan laporan penyakit ke Puskesmas
19. Standar Operasional Prosedur (SOP) Pelayanan di Klinik;
20. Foto copy izin apotik/depo obat/laboratorium/fisoterapi/pelayanan lainnya, jika memiliki izin tersendiri;
21. Pas foto dokter penanggung jawab 4 x 6 berwarna 3 lembar;
22. Foto copy izin lama untuk perpanjangan.
23. Siapkan 2 tanaman obat dan disertai dengan penjelasan penggunaan dan manfaat tanaman obat tersebut

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

Pemohon

Materai

10.000

(.....)