

Malang,

Nomor :  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Izin Mendirikan  
KLINIK .....

Yth. Kepada  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang  
Jalan Simp. LA. Sucipto No. 45  
di  
Malang

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

1. N a m a : .....
2. Alamat Rumah : .....  
.....
3. Nomor Telepon : .....
4. Jabatan : .....

Atas nama Perorangan / Badan Hukum / Instansi :

1. N a m a : .....
2. Alamat : .....  
.....
3. Nomor Telepon : .....

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

1. Nama Sarana : .....
2. Alamat : .....  
.....
3. Nomor Telepon : .....
4. Penanggung Jawab  
    N a m a : .....  
    Alamat Rumah : .....  
    .....  
    Nomor Telepon : .....  
    Nomor S I P : .....

Untuk bahan penelitian lebih lanjut bersama ini kami lampirkan berkas - berkas yang diperlukan.

Demikian permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui.

Hormat kami ,

Materai  
Rp. 6.000,-

( ..... )