

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Operasional
 KLINIK.....

Malang,
Kepada
Yth. 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 Izin Operasional 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,-

(.....)

SURAT PENUNJUKAN SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
Tempat/tanggal lahir :
Alamat rumah :
.....
Nomor telepon :
Pekerjaan/Jabatan :

Dengan ini menunjuk saudara :

N a m a :
Tempat/tanggal lahir :
Alamat rumah :
.....
Nomor telepon :
Pekerjaan :
Nomor S I P :

Sebagai penanggung jawab Klinik :

Alamat :
Nomor Telepon :

Surat penunjukan ini berlaku sejak ditetapkan dan apabila terdapat kekeliruan/perubahan akan dilakukan peninjauan atau perubahan kembali.

Ditetapkan di :

Tanggal :

Yang menunjuk

(.....)

**PERNYATAAN MENTAATI PERATURAN
PERUNDANG – UNDANGAN YANG BERLAKU**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a :
Alamat rumah :
.....
Jabatan :

Atas nama perorangan / Badan Hukum / Yayasan / Instansi :

N a m a :
Alamat :
.....
Nomor telepon :

Dengan ini menyatakan kesanggupan mentaati Peraturan Perundang - undangan di Bidang Kesehatan yang berlaku bagi penyelenggara Klinik :

Nama Sarana :
Alamat :
.....
Nomor telepon :

Dimulai sejak Klinik tersebut melaksanakan kegiatannya.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Malang,

Yang membuat pernyataan

Materai
Rp. 6.000,-

()

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN
SEBAGAI DOKTER PELAKSANA PELAYANAN
KESEHATAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
Tempat/tanggal lahir :
Pendidikan akhir :
Tempat/Tgl Lulus :
Alamat Rumah :
.....
Nomor telepon :
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai dokter pelaksana pelayanan kesehatan pada Klinik :

N a m a :
Alamat :
.....
Nomor telepon :

Dimulai sejak Klinik tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada Klinik lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan fotokopi Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR) dan SIP.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Pimpinan / Direktur,

(.....)

Malang,
Yang membuat pernyataan,

Materai
Rp. 6.000,-

(.....)

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN
SEBAGAI PARAMEDIS PELAKSANA PELAYANAN
KESEHATAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
Tempat/tanggal lahir :
Pendidikan akhir :
Tempat/Tgl Lulus :
Alamat Rumah :
.....
Nomor telepon :
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai paramedis pelaksana pelayanan kesehatan pada Klinik :

N a m a :
Alamat:
.....
Nomor telepon :

Dimulai sejak Klinik tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada Klinik lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan fotokopi Ijazah, SIP/SIB dan SIK/SIPB.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Pimpinan / Direktur,

Malang,
Yang membuat pernyataan,

Materai
Rp. 6.000,-

(.....)

(.....)

**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN
SEBAGAI STAF PELAKSANA PELAYANAN
ADMINISTRASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
Tempat/tanggal lahir :
Pendidikan akhir :
Tempat/Tgl Lulus :
Alamat Rumah :
.....
Nomor telepon :
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai staf pelaksana pelayanan administrasi pada Klinik :

N a m a :
Alamat :
.....
Nomor telepon :

Dimulai sejak Klinik tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada Klinik lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan fotokopi Ijazah.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Pimpinan / Direktur,

(.....)

Malang,
Yang membuat pernyataan,

Materai
Rp. 6.000,-

(.....)

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB KLINIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
Tempat/tanggal lahir :
Pendidikan akhir :
Tempat/tanggal lulus :
Alamat Rumah :
.....
Nomor telepon :
Pekerjaan :

Menyatakan sanggup sebagai penanggung jawab pada Klinik :

N a m a :
Alamat :
.....
Nomor telepon :

Dimulai sejak Klinik tersebut melaksanakan kegiatan dan tidak akan bekerja pada Klinik lain pada saat yang sama.

Terlampir kami sampaikan fotokopi Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR) dan SIP.

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui :
Pimpinan / Direktur,

Malang,
Yang membuat pernyataan,

Materai
Rp. 6.000,-

(.....)

(.....)

KELENGKAPAN ADMINISTRASI PERPANJANGAN IZIN OPERASIONAL KLINIK

1. Permohonan kepada Kepala Dinas Kesehatan Kota Malang bermaterai Rp. 6000,- oleh Penanggung Jawab Klinik.
2. Surat rekomendasi dari Puskesmas setempat.
3. Fotokopi Izin Mendirikan Bangunan
4. Fotokopi Surat Keterangan Domisili Usaha (SKDU)
5. Salinan/fotokopi pendirian badan usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan.
6. Identitas lengkap pemohon.
7. Surat Pernyataan kesediaan mentaati peraturan/perundang-undangan yang berlaku oleh Pimpinan Badan usaha/ Perorangan dengan materai Rp. 6000,-.
8. Surat Pernyataan kesediaan bekerja sebagai penanggung jawab dan staf pelaksana (tiap petugas).
9. Bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau ijin penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak minimal selama 5 tahun bagi yang menyewa bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan.
10. Dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL).
11. Profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, dan peralatan serta pelayanan yang diberikan.
12. Fotokopi (dokter petugas dan dokter penanggung jawab):
 - a. STR (Surat Tanda Registrasi) yang diterbitkan oleh KKI
 - b. SIP (Surat Ijin Praktek)
 - c. Ijasah dokter
 - d. SK terakhir dokter penanggung jawab.
13. Fotokopi (bagi bidan/perawat/Apoteker atau tenaga kesehatan lainnya):
 - a. Surat Tanda Registrasi Tenaga Kesehatan
 - b. SIKB (Surat Ijin Kerja Bidan)
 - c. SIKP (Surat Ijin Kerja Perawat)
 - d. SIPA (Surat Ijin Praktek Apoteker)
 - e. SIK / SIP tenaga kesehatan lainnya
 - f. Ijasah Bidan/perawat/Apoteker atau tenaga kesehatan lainnya
14. Fotokopi Surat Izin bagi tenaga kesehatan lain yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan.
15. Daftar tarif pelayanan kesehatan yang diketahui oleh Dinas Kesehatan Kota Malang.
16. Gambar denah bangunan beserta ukurannya sesuai dengan persyaratan kelengkapan bangunan (dilegalisir).
17. Peta lokasi Klinik dengan pelayanan medis sejenis.
18. Perjanjian Kerja Sama Pengolahan Limbah Medis dengan Rumah Sakit yang mempunyai incinerator.
19. Dokumen uji dan kalibrasi peralatan medis dan penunjang medis yang ada di klinik.
20. Surat Izin Penggunaan Peralatan Medis dan Penunjang Medis yang menggunakan sinar pengion harus memenuhi ketentuan dan diawasi oleh Lembaga Yang Berwenang
21. Fotokopi IPLC dan TPS B3
22. Fotokopi Surat Izin Klinik yang lama
23. Surat Kuasa Bermaterai RP. 6000,- (apabila proses pengurusan izin tidak dilakukan oleh pemohon/diwakilkan).

**PERNYATAAN TIDAK KEBERATAN
DARI ATASAN LANGSUNG**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :
N I P :
Jabatan :
.....
Alamat rumah :

Dengan ini menyatakan tidak keberatan apabila saudara bekerja sebagai penanggung jawab, staf pelaksana teknis / administrasi pada Klinik :

Nama Sarana :
Alamat :
.....
Nomor telepon :

Dengan ketentuan yang bersangkutan tidak akan bekerja pada waktu yang bersamaan dengan tugasnya di Instansi Pemerintah.

Malang,

Pimpinan

Materai
Rp. 6.000,-

(.....)

