**SURAT PERMOHONAN**

**Hal : Permohonan Izin Operasional Klinik**

Yang Terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Kotawaringin Barat

di –

**PANGKALAN BUN**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .....................................................................................................

Nomor KTP : .....................................................................................................

Alamat : .....................................................................................................

Telepon .......................................................................................

NPWP : .....................................................................................................

No. SIP Penanggungjawab Klinik : .....................................................................................................

Masa berlaku SIP sampai : ...........................................(*tanggal bulan tahun*)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Operasional Klinik pada:

Nama Klinik : .....................................................................................................

Alamat Klinik : .....................................................................................................

Telepon : .....................................................................................

Desa/Kelurahan : .....................................................................................................

Kecamatan : .....................................................................................................

Kabupaten/Kota : .....................................................................................................

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk;
2. Fotokopi NPWP
3. Nomor Induk Berusaha;
4. Izin Usaha dari Lembaga OSS
5. Izin Komersial/Operasional dari Lembaga OSS
6. Izin Lokasi dari Lembaga OSS
7. Izin Lingkungan (SPPL untuk Klinik rawat jalan, atau dokumen UKL-UPL untuk Klinik rawat inap)
8. Fotokopi IMB tempat usaha
9. Fotokopi Bukti kepemilikan tanah (SHM/SKT) lokasi usaha
10. Notifikasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat
11. Profil Klinik yang akan didirikan meliputi pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan, kefarmasian, laboratorium, serta pelayanan yang diberikan
12. Fotokopi Surat Izin Praktik (SIP) Penanggungjawab Klinik
13. Fotokopi Surat Izin Praktik (SIP) Tenaga Kesehatan Lainnya yang bekerja di Klinik

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pangkalan Bun, …………………  Pemohon,  Materai 10000/  Materai 6000X2  (…………..……………………) |