**SURAT PERMOHONAN**

**Hal : Permohonan Izin Operasional Rumah Sakit**

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 : .....................................................................................................

Jabatan di Rumah Sakit : .....................................................................................................

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

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

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Operasional Rumah Sakit pada:

Nama Rumah Sakit : .....................................................................................................

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

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

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

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

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Permohonan Meterai 10.000/6.000X2
2. Fotokopi KTP Pemohon
3. Fotokopi Akta Pendirian Perusahaan
4. Nomor Induk Berusaha (NIB)
5. Izin Usaha dari Lembaga OSS
6. Izin Komersial/Operasional dari Lembaga OSS
7. Izin Lokasi dari Lembaga OSS (efektif)
8. Izin Lingkungan (Persetujuan Rekomendasi UKL-UPL)
9. Bukti Kepemilikan Tanah (SHM/SKT)
10. Fotokopi IMB tempat usaha
11. Profil Rumah Sakit paling sedikit meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi
12. *Self Assessment* meliputi jenis pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, dan bangunan dan prasarana Rumah Sakit dengan mengacu pada Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit
13. Surat keterangan atau sertifikat izin kelayakan atau pemanfaatan dan kalibrasi alat kesehatan
14. Sertifikat akreditasi (dipenuhi untuk perpanjangan Izin Operasional)
15. Surat pernyataan yang mencantumkan komitmen jumlah tempat tidur untuk Rumah Sakit penanaman modal asing berdasarkan kesepakatan/kerja sama internasional sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

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