

Perihal : **Permohonan Izin Sarana Kesehatan**

Kepada
Yth, Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Bone
di-
Watampone

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Sarana Kesehatan dengan data sebagai berikut :

1. DATA PEMOHON

Nama Pemohon :
Alamat Pemohon :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan
Telp. / HP :

2. DATA PEMILIK SARANA KESEHATAN

Nama :
Alamat :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :

3. DATA SARANA KESEHATAN

Jenis Sarana Kesehatan :
Nama :
Alamat :

Dengan Menggunakan Sarana : Milik sendiri / Milik pihak lain
Nama Pemilik Sarana :
Alamat :

Bersama ini Kami lampirkan :

1. Formulir permohonan.
2. Fotocopy IMB.
3. Daftar obat-obatan, perbekalan kesehatan, sarana dan prasarana yang digunakan.
4. Pas foto 3x4 sebanyak 2 lembar.
5. Surat berbadan sehat dari dokter.
6. Gambar denah ruangan/sarana, daftar tenaga medis dan uraian tugasnya.
7. Fotocopy Izin Tenaga Kesehatan.
8. Rekomendasi asosiasi dan surat pengantar puskesmas setempat.(khusus pengobatan tradisional)
9. Fotocopy sertifikat / ijazah tenaga kesehatan.
10. Rekomendasi kejaksaan bagi klasifikasi supranatural atau rekomendasi Departemen Agama bagi klasifikasi pendekatan agama (pengobatan tradisional).

Pendirian / Operasional rumah sakit dan klinik ditambahkan :

1. Daftar jenis layanan dan tarif sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.
2. Daftar tenaga medis dan paramedic.
3. Studi kelayakan, master plan, dan penamaan.
4. Persyaratan pengelolaan limbah.
5. Izin lingkungan.
6. Surat pernyataan sanggup bekerjasama dengan rumah sakit rujukan

Demikian Permohonan ini kami ajukan,atas perhatian dan persetujuan bapak diucapkan terima kasih.

Hormat Kami,

Pemohon,

**GRATIS
FORMULIR**

Materai
6000

(_____)