

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu
Satu Pintu (DPMPSTP) Kabupaten Purwakarta
di Purwakarta

Perihal : Permohonan Izin Operasional Klinik (IOK)

Klasifikasi Klinik :

Klinik Pratama	Rawat Jalan		Rawat Inap
	< 24 Jam	24 Jam	
Umum			
Khusus Bersalin			
Khusus Gigi			
Khusus Lainnya			

Klinik Utama	Rawat Jalan		Rawat Inap
	< 24 Jam	24 Jam	
Umum			
Spesialistik			

Jenis Permohonan :

Baru Perubahan Perpanjangan Penggantian Pencabutan

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat, Tanggal Lahir :

Pekerjaan :

Alamat :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kota / Kabupaten

Nomor Telp./HP :

Dengan ini mengajukan permohonan pemenuhan komitmen Izin Komersial / Operasional berupa Izin Operasional Klinik (IOK) sebagai berikut:

Nama Perusahaan :

Nomor Induk Berusaha :

Nama Klinik :

Alamat Klinik :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kabupaten Purwakarta

Dokter Penanggung Jawab :

Nomor SIP :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan persyaratan pemenuhan komitmen sesuai dengan peraturan yang berlaku. Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Purwakarta,

Pemohon,

.....

Persyaratan Pemenuhan Komitmen Izin Operasional Klinik (IOK)

No.	Persyaratan	Klinik Pratama			Klinik Utama		
		Rawat Jalan		Rawat Inap	Rawat Jalan		Rawat Inap
		< 24 Jam	24 Jam		< 24 Jam	24 Jam	
1.	FC KTP Pemilik / Direktur	V	V	V	V	V	V
2.	FC bukti kepemilikan tanah / surat sewa minimal 5 (lima) tahun	V	V	V	V	V	V
3.	FC IMB klinik	V	V	V	V	V	V
	FC surat perjanjian kerjasama pengelolaan limbah medis	V	V	V	V	V	V
4.	Profil Klinik (pengorganisasian, denah lokasi, denah bangunan, sarana prasarana, sumber daya manusia, peralatan, laboratorium, pelayanan yang diberikan)	V	V	V	V	V	V
5.	Rekomendasi dari Puskesmas setempat	V	V	V	V	V	V
6.	NIB dan Izin Komersial / Operasional dari OSS	V	V	V	V	V	V
7.	FC Dokumen Lingkungan	SPPL	SPPL	UKL-UPL	SPPL	SPPL	UKL-UPL
8.	FC Akte Pendirian Perusahaan dan Pengesahannya	Untuk klinik CV, klinik perorangan tidak perlu melampirkan	Untuk klinik CV, klinik perorangan tidak perlu melampirkan	Harus PT / Koperasi / Yayasan	Untuk klinik CV, klinik perorangan tidak perlu melampirkan	Untuk klinik CV, klinik perorangan tidak perlu melampirkan	Harus PT / Koperasi / Yayasan
9.	FC Surat Izin Praktik (SIP)	Pratama Umum : - Dokter Umum (2) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (1) - Administrasi (1)	Pratama Umum : - Dokter Umum (3) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (3) - Administrasi (1)	Pratama Umum : - Dokter Umum (3) - Apoteker (1) - Perawat (4) - Nutrisionis (1) - Analis (1) - TTK (2) - Administrasi (2)	Utama Umum : - Dokter Spesialis (1) <i>setiap pelayanan spesialistik</i> - Dokter Umum (1) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (1) <i>setiap pelayanan spesialistik</i> - Administrasi (1)	Utama Umum : - Dokter Spesialis (1) <i>setiap pelayanan spesialistik</i> - Dokter Umum (2) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (3) - Bidan (2) <i>apabila ada pelayanan persalinan</i> - Administrasi (1)	Utama Umum : - Dokter Spesialis (1) <i>setiap pelayanan spesialistik</i> - Dokter Umum (3) - Apoteker (1) - Perawat (4) - Bidan (2) <i>apabila ada pelayanan persalinan</i> - Nutrisionis (1) - Analis (1) - TTK (2) - Administrasi (2)
			Pratama Khusus Bersalin : - Dokter Umum (2) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Bidan (3) - Administrasi (1) -	Pratama Khusus Bersalin : - Dokter Umum (2) - Apoteker (1) - Bidan (4) - Nutrisionis (1) - Analis (1) - TTK (2) - Administrasi (2)			

		<p>Pratama Khusus Gigi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Gigi (2) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat Gigi (1) - Administrasi (1) 	<p>Pratama Khusus Gigi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Gigi (2) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat Gigi (1) - Administrasi (1) 	<p>Pratama Khusus Gigi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Gigi (2) - Apoteker (1) - Perawat Gigi (2) - TTK (1) - Administrasi (2) 	<p>Utama Khusus Spesialistik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Spesialis (1) - Dokter Umum (1) - Dokter Gigi (1) <i>husus klinik utama spesialis gigi</i> - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (1) - Bidan (1) <i>husus klinik spesialis kandungan dan kebidanan</i> - Administrasi (1) 	<p>Utama Khusus Spesialistik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Spesialis (2) - Dokter Umum (2) - Dokter Gigi (2) <i>husus klinik utama spesialis gigi</i> - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (3) - Bidan (3) <i>husus klinik spesialis kandungan dan kebidanan</i> - Administrasi (1) 	<p>Utama Khusus Spesialistik :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Spesialis (2) - Dokter Umum (2) - Dokter Gigi (2) <i>husus klinik utama spesialis gigi</i> - Apoteker (1) - Perawat (4) - Bidan (4) <i>husus klinik spesialis kandungan dan kebidanan</i> - Nutrisionis (1) - Analis (1) - TTK (2) - Administrasi (2)
		<p>Pratama Khusus Lainnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Umum (2) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (1) - Administrasi (1) 	<p>Pratama Khusus Lainnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Umum (2) - Apoteker (1) dan TTK (1) <i>apabila ada pelayanan kefarmasian</i> - Perawat (2) - Administrasi (1) 	<p>Pratama Khusus Lainnya :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dokter Umum (3) - Apoteker (1) - Perawat (3) - TTK (1) - Administrasi (2) 			

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten

Dengan ini menyatakan bahwa saya adalah Penanggung Jawab Klinik Pratama / Utama *):

Nama Klinik :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), akan sanggup tunduk dan patuh terhadap ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dan sanggup dikenakan sanksi apabila melakukan pelanggaran.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....

*) Coret yang tidak perlu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten

Selaku penanggung jawab Klinik Pratama / Utama *) :

Nama Klinik :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), tidak akan menyelenggarakan pelayanan kefarmasian.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....

*) Coret yang tidak perlu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten

Selaku penanggung jawab Klinik Pratama / Utama *) :

Nama Klinik :
Alamat Perusahaan :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), kami sanggup untuk :

1. Melaksanakan pendataan dan pengiriman laporan penyakit potensial Kejadian Luar Biasa (KLB) dan Penyakit Tidak Menular (PTM) sesuai ketentuan;
2. Menjadi pembina desa/kelurahan dalam penanganan permasalahan kesehatan di desa/kelurahan setempat.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



.....

*) Coret yang tidak perlu

KOP KLINIK

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kota / Kabupaten

Selaku penanggung jawab Klinik Pratama / Utama *):

Nama Klinik :

Alamat Perusahaan :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kota / Kabupaten

Kabupaten Purwakarta

Dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan Klinik Pratama / Utama *), kami sanggup untuk :

1. Membina 1 (satu) Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu) yang diketahui Pimpinan Posyandu;
2. Membina 1 (satu) Usaha Kesehatan Sekolah (UKS) yang diketahui Kepala Sekolah bersangkutan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Purwakarta,

Yang menyatakan,



*) Coret yang tidak perlu

Mengetahui :

Pimpinan Pos Pelayanan Terpadu

.....

Kepala Sekolah

.....

(.....)

(.....)

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu
Satu Pintu (DPMPTSP) Kabupaten Purwakarta
di Purwakarta

Perihal : Permohonan Izin Operasional Klinik (IOK)
Jenis Permohonan : Perubahan Penanggung Jawab
Klasifikasi Klinik :

Klinik Pratama	Rawat Jalan		Rawat Inap
	< 24 Jam	24 Jam	
Umum			
Khusus Bersalin			
Khusus Gigi			
Khusus Lainnya			

Klinik Utama	Rawat Jalan		Rawat Inap
	< 24 Jam	24 Jam	
Umum			
Spesialistik			

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Tempat, Tanggal Lahir :
Pekerjaan :
Alamat :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kota / Kabupaten
Nomor Telp./HP :

Dengan ini mengajukan permohonan perubahan Izin Operasional Klinik (IOK) sebagai berikut:

Nama Perusahaan :
Nomor Induk Berusaha :
Nama Klinik :
Alamat Klinik :
Desa / Kelurahan
Kecamatan
Kabupaten Purwakarta
Dokter Penanggung Jawab :
Nomor SIP :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- Fotokopi Surat Izin Praktik Dokter Penanggung Jawab;
- Surat Keputusan / Keterangan Perubahan Penanggung Jawab dari Klinik;
- NIB dan Izin Komersial Operasional dari OSS;
- Izin Operasional Klinik asli.

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Purwakarta,

Pemohon,

.....

