

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

Perihal : Permohonan Izin Operasional Rumah Sakit (IORS)

Jenis Permohonan :

Baru Perubahan Perpanjangan Penggantian Pencabutan

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Penanggung Jawab :

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 Rumah Sakit (IORS) sebagai berikut:

Nama Badan Hukum :

Nomor Induk Berusaha :

Nama Rumah Sakit :

Alamat Rumah Sakit :

Desa / Kelurahan

Kecamatan

Kabupaten Purwakarta

Kategori Rumah Sakit : Rumah Sakit Umum / Khusus *)

Kelas Rumah Sakit : Kelas C / D*)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

- profil Rumah Sakit paling sedikit meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi, dan struktur organisasi;
- rincian dan dokumen pendukung yang meliputi pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, dan bangunan dan prasarana sesuai kategori dan kelas rumah sakit;
- surat keterangan atau sertifikat izin kelayakan atau pemanfaatan dan kalibrasi alat kesehatan;
- sertifikat akreditasi (**khusus perpanjangan**).

Purwakarta,

Pemohon,

.....

*) Coret yang tidak perlu