

FORMULIR PERMOHONAN IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Operasional
Rumah Sakit

Kepada Yth.
Walikota Lubuklinggau
Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Lubuklinggau
di-
Lubuklinggau

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

1. Nama

:
2. Umur

:
3. Pekerjaan

:
4. Alamat

:
5. No.Tlp./HP

:

Dengan ini kami mengajukan **Izin Operasional Rumah Sakit**, dengan data-data sebagai berikut :

1. Nama Rumah Sakit

:
2. Alamat

:
3. Telepon

:
4. Dengan Sarana

:
5. Nama Pemilik Sarana

:
6. Alamat

:
7. NPWP

:
8. Nomor Akte

:
9. Nama Notaris

:

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Fotocopy KTP Pimpinan Perusahaan

2. Fotocopy Nomor Induk Berusaha (NIB)

3. Profil Rumah Sakit

4. Isian Instrument Self Assessment Penetapan Kelas

5. Gambar desain(blueprint) dan foto bangunan serta daftar sarana dan Prasarana yang dimiliki Rumah Sakit

6. Berita Acara Hasil Visitasi

7. Dokumen Pengelolaan Lingkungan Berkelanjutan

8. Daftar Inventaris Peralatan Medis, Penunjang Medis dan Non Medis

9. Sumber Daya Manusia yang terdiri dari:

a. Data Kepegawaian Direktur Rumah Sakit, dilengkapi dengan:

- Fotocopy ijazah dokter

- Fotocopy Surat Penugasan(SP)

- Fotocopy Surat Izin Praktek(SIP)

- Surat Pengangkatan sebagai Direktur RS

- Surat Pernyataan Tidak Keberatan sebagai Direktur RS

b. Data Kepegawaian Dokter yang beker jadi RS, dilengkapi dengan:

- Fotocopy Ijazah Dokter

- Fotocopy Surat Penugasan(SP)/Surat Tanda Register Dokter

- Fotocopy Surat Izin Praktek(SIP)

- Surat Pengangkatan sebagai Tenaga Dokter di RS oleh Pemilik(untuk Tenaga Paruh Waktu)

- Surat Izin atasan langsung untuk tenaga paruh waktu

- Surat ikatan Kerja antara Tenaga Medis Paruh Waktu dengan Direktur RS

c. Data Kepegawaian Paramedis, dilengkapi dengan Fotocopy Ijazah yang telah Dilegalisir

d. Data Kepegawaian Non Medis, dilengkapi dengan Fotocopy Ijazah yang telah Dilegalisir

10. Daftar Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan

11. Berita Acara Hasil Uji Fungsi Peralatan Kesehatan disertai Kelengkapan Berkas Izin Pemanfaatan dari Instansi Berwenang

12. Struktur Organisasi Rumah Sakit

13. Map snelhecter plastic jepit kuning

Demikian permohonan kami, atas pertimbangannya kami ucapkan terimakasih.

Hormat Kami,

Materai Rp.
10.000,-

(_____)