

IZIN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN TINGKAT DAERAH KABUPATEN

Persyaratan

1. Mengisi formulir permohonan Izin Mendirikan fasilitas Kesehatan Swasta yang di tanda tangan oleh direktur, dibubuhi
1. materai Rp. 6.000., dan disertai cap perusahaan.
2. Photo copy KTP Pemohon.
3. Salinan/fotokopi pendirian badan hukum atau badan usaha, kecuali untuk kepemilikan perorangan;
4. Salinan/fotokopi yang sah sertifikat tanah, bukti kepemilikan lain yang disahkan oleh notaris, atau bukti surat kontrak minimal
5. untuk jangka waktu 5 (lima) tahun;
6. Dokumen SPPL untuk Klinik rawat jalan, atau dokumen UKL-UPL
7. Untuk Klinik rawat inap sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan; dan profil Klinik yang akan didirikan meliputi
8. pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan, kefarmasian, laboratorium, serta pelayanan yang
9. diberikan;
10. 7. Persyaratan lainnya sesuai dengan peraturan daerah setempat