

CHEKLIST PERSYARATAN IZIN KLINIK

Data Pemohon

Nama Pemohon : _____ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)
No. Telp/HP : _____
Alamat Email : _____
Alamat Pemohon : _____ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)

NO.	URAIAN	YA	TIDAK	KET
1	Surat Permohonan Sertifikat standar klinik (ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan bematerai 10.000,-)			
2	Surat Keterangan dari Puskesmas setempat			
3	Foto copy identitas pemohon (KTP dan NPWP)			
4	Fotokopi NIB (Nomor Induk Berusaha) & Izin Operasional terbitan OSS			
5	Dokumen SPPL (klinik rawat jalan), Dokumen UKL-UPL (klinik rawat inap)			
6	Salinan/ Fotokopi pendirian badan usaha, kecuali kepemilikan perorangan (Untuk klinik pratama rawat jalan) dan surat keterangan domisili usaha			
7	Denah Bangunan Klinik dan Peta Lokasi			
8	Fotokopi surat yang menyatakan status bangunan (Akte / Hak milik / Sewa / Kontrak)			
9	Fotokopi IMB (Izin Mendirikan Bangunan)			
10	Daftar Prasarana dan Peralatan yang dimiliki beserta dokumentasinya			
11	Daftar Tenaga Medis dan Kesehatan lainnya			
12	Fotokopi Ijazah, Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) bagi tenaga medis/kesehatan. Fotokopi Ijazah untuk tenaga non-medis			
13	Fotokopi Surat Izin Praktek (SIP) Dokter sebagai penanggungjawab dilengkapi dengan Surat Pernyataan sebagai Penanggungjawab Klinik (materai 10.000,-)			
14	Fotokopi Surat Izin Praktik Dokter dan/atau dokter gigi sebagai pemberi pelayanan. Min 2 (dua) orang			
15	Fotokopi Surat Izin Praktik Apoteker sebagai Penanggung Jawab atau pendamping, Jika klinik rawat jalan menyelenggarakan pelayanan kefarmasian Jika tidak menyelenggarakan pelayanan kefarmasian, membuat surat pernyataan yang ditandatangani oleh pemilik sarana			
16	Fotokopi MoU dengan pihak pelayanan kefarmasian. Apabila klinik rawat jalan tidak memiliki instalasi farmasi.			
17	Daftar Jenis Pelayanan yang diberikan (dilengkapi dengan SPO/SOP)			
18	Dokumen Profil Klinik meliputi Nama dan alamat Lengkap, Visi, Misi, Struktur organisasi pelayanan (diuraikan dalam pembagian tugas dan fungsi dalam penyelenggaraan pelayanan) dan waktu penyelenggaraan Klinik			
19	Dokumen Perjanjian kerja sama pembuangan limbah B3 (MoU Limbah medis)			
20	Melampirkan Surat Izin Klinik Asli yang masih berlaku (Perpanjangan)			

Indramayu,
 Acc Sub Koordinator P2 Sarpelkes

Penerima izin(.....)

(.....)

Pemeriksa Izin(.....)