



## FORMULIR PERMOHONAN IZIN MENDIRIKAN KLINIK

Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf balok atau diketik

No. Formulir  
Perubahan Ke  
Klasifikasi

**15a**  
**1/Mei 2016**  
-

Banyuwangi,

Nomor :  
Lampiran : 1 (satu) bendel  
Perihal : Permohonan Izin  
Mendirikan Klinik

Kepada  
Yth. Ka. Badan Pelayanan Perizinan Terpadu  
Kabupaten Banyuwangi  
di-

### BANYUWANGI

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini, kami mengajukan permohonan Izin Mendirikan Klinik Pratama/Utama\* (Baru/Perpanjangan/Perubahan)\* dengan data sebagai berikut :

#### I. DATA PEMOHON/PENANGGUNG JAWAB

Nama \_\_\_\_\_  
Nomor KTP \_\_\_\_\_  
Alamat Rumah \_\_\_\_\_  
Nomor Telphon/HP \_\_\_\_\_

#### II. DATA KLINIK

Nama Klinik \_\_\_\_\_  
Alamat Klinik \_\_\_\_\_  
Nomor Telphon \_\_\_\_\_  
Kepemilikan

<input type="checkbox"/> Perorangan	<input type="checkbox"/> Badan Usaha
<input type="checkbox"/> Badan Hukum	<input type="checkbox"/> Bentuk Lain
<input type="checkbox"/> Rawat Jalan	<input type="checkbox"/> Rawat Inap

Penyelenggaraan

#### III. DATA BADAN USAHA/BADAN HUKUM

Nama Perusahaan \_\_\_\_\_  
Alamat Perusahaan \_\_\_\_\_  
Nomor Telphon \_\_\_\_\_  
NPWP \_\_\_\_\_

Sebagai bahan pertimbangan, berikut kami lampirkan persyaratan sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 9 Tahun 2014 :

1. Fotocopy KTP berlaku
2. Rekomendasi Pendirian dari Dinas Kesehatan
3. Fotokopi Akta Pendirian bagi yang berbadan usaha/hukum dan atau perubahannya
4. Fotokopi bukti kepemilikan tanah atau bukti perjanjian sewa/kontrak (minimal 5 tahun)
5. S P P L (bagi Klinik Rawat Jalan) **atau** Dokumen UKL-UPL (bagi Klinik Rawat Inap)
6. Profil Klinik
7. Susunan Organisasi
8. Peta Lokasi
9. Denah Minimal Bangunan
10. Daftar Ketenagaan Medis & Kesehatan
11. STR & SIP/SIK Tenaga Medis & Kesehatan
12. Daftar Perlengkapan Medis dan Non-Medis yang ber-Izin Edar
13. Rekomendasi pengolahan limbah medis & pembakaran sampah medis;
14. HO.

Hormat Kami,

Materai 6.000
------------------

**\*) Coret Yang Tidak Perlu**



**FORMULIR PERMOHONAN  
IZIN MENDIRIKAN KLINIK**

Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf balok atau diketik

No. Formulir  
Perubahan Ke  
Klasifikasi

15a  
1/Mei 2016  
-

**SURAT PERNYATAAN  
KESEDIAAN BEKERJA SEBAGAI PENANGGUNG JAWAB KLINIK DAN  
MENTAATI PERATURAN PERUNDANGAN YANG BERLAKU**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tempat/Tgl.Lahir : .....

Alamat : .....

Dengan ini menyatakan bahwa benar sebagai tenaga medis dan bertanggung jawab hanya pada klinik :

Nama : .....

Alamat : .....

Kecamatan : ....., Kabupaten Banyuwangi,

dan sanggup mematuhi semua peraturan perundangan yang berlaku.

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Banyuwangi, .....

Yang Membuat Pernyataan,

Materai  
6.000