

CHECKLIST PERSYARATAN
IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT

Data Pemohon

Nama Pemohon :
Alamat Pemohon :
No. HP :
Nama Perusahaan/Usaha :
Alamat Perusahaan/Usaha :

Jenis Dokumen Administrasi	Kelengkapan		Keterangan
	Ada	Tidak	
Formulir diisi Lengkap serta di TTD			
Nomor Induk Berusaha (NIB) <i>(NIB ditulis di kolom Keterangan)</i>			
Izin Komersial/Operasional Rumah Sakit <i>(KBLI yang dimohonkan ditulis di kolom Keterangan)</i>			
Fotocopy SIP Dokter Penanggungjawab			
Fotocopy SIP Tenaga Medis			
Izin Pendirian Rumah Sakit			
Daftar Peralatan Medis, Non Medis dan Daftar Obat-Obatan			
Daftar Tenaga Medis, Paramedis dan Non Medis & No. Izin			
Akta Pendirian Perusahaan yang Isinya hanya bergerak dibidang perumahsakitan			
Struktur organisasi dan tata kerja			
HBL/Peraturan Internal rumah sakit			

Uraian	Nomor	Tanggal
Pendaftarn Online		
Pendaftaran Offline		
Waktu Penyelesaian (SOP)	3 Hari Kerja	

Palu, 20
Petugas Front Office

.....

Catatan :

Ket. Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur

MONITORING BERKAS PERIZINAN

No.	Alur Berkas	Tgl. Terima	Nama Petugas	Keterangan	Telah dilengkapi	Paraf
		Jam				
1.	Kasi Pelayanan Administrasi					
2.	Kasi. Validasi Data Peninjauan Lapangan dan Penetapan					
3.	Tim Kerja Teknis					
4.	Petugas Validasi Data					
5.	Kabid. Pelayanan Perizinan					
6.	Kasi. Penerbitan					

KET. NAMA, TANGGAL DAN PARAF WAJIB DIISI OLEH PETUGAS

Apabila Rekomendasi Teknis belum terbit dalam jangka waktu yang telah ditetapkan SOP, maka permohonan izin dianggap disetujui dan Izin akan diterbitkan/dikeluarkan.

