

FORMULIR PERMOHONAN
SURAT IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT KELAS C

Perihal : Permohonan Surat Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro.
di – **Metro.**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama Lengkap :
NIK :
NPWP :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Alamat Tempat Tinggal :
Nomor Telepon :
Email :

Nama Rumah Sakit :
Alamat Rumah Sakit :
Nama Pemilik Rumah Sakit :
Nama Penanggung Jawab :
Alamat Penanggung Jawab :

Dengan ini mengajukan permohonan Surat Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Metro.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Surat Permohonan (mengisi formulir) bermaterai.
2. Fotokopi KTP yang masih berlaku.
3. Fotokopi NPWP.
4. Fotokopi BPJS Ketenagakerjaan.
5. Fotokopi Nomor Induk Berusaha (NIB) bagi rumah sakit swasta.
6. Fotokopi izin mendirikan rumah sakit.
7. Profil Rumah Sakit, meliputi visi dan misi, lingkup kegiatan, rencana strategi dan struktur organisasi.
8. *Self assessment* meliputi meliputi jenis pelayanan, sumber daya manusia, peralatan, bangunan dan prasarana rumah sakit.
9. Surat keterangan atau sertifikat izin kelayakan atau pemanfaatan dan kalibrasi alat kesehatan.
10. Surat keterangan dari puskesmas setempat.
11. Sertifikat akreditasi (perpanjangan Izin Operasional).
12. Pas foto berwarna terbaru 3 x 4 cm sebanyak 3 lembar.
13. Surat Kuasa bermaterai (jika dikuasakan).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Metro,
Pemohon,



(.....)