|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | ……………, ……………………. 2020 | | Nomor  Perihal | :  : | *Permohonan Pemenuhan Komitmen Izin Operasional Klinik* | Kepada Yth,  Bupati Musi Banyuasin  Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal  dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  Kabupaten Musi Banyuasin  di –  S e k a y u |   Dengan Hormat,  Dengan ini kami mengajukan permohonan untuk memperoleh Persetujuan Izin Operasional Klinik tersebut berlaku efektif pada sistem Online Single Submission ( OSS ) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2018.   |  |  | | --- | --- | | Yang bertanda tangan dibawah ini : | | | Nama Pemohon  Status Dalam Perusahaan  Kewarganegaraan  Alamat Rumah  Kelurahan / Kecamatan  Nomor Telp / Hp | : …………………………………………………………………………………………………..…  : ……………………………………………………………………………………..………………  : ………………………………………………………………………………………………..……  : ……………………………………………………………………………………………………..  : …………………………………………………………………………….……………………….  : ………………………………………………………………………………………………….…… | | Mengajukan permohonan untuk dapat diberikan persetujuan pemenuhan Komitmen Izin Operasional Klinik . | | | Nama Klinik  Jenis Klinik  Alamat  Nomor NIB  Kelurahan / Kecamatan  Nomor Telp  Nomor KTP  Nomor NPWP | : ………………………………………………………………………………………………………  : ………………………………………………………………………………………………………: …………………………………………………………………..………………………………………  : ……………………………………………………………………..…………………………………  : …………………………………………………………………………..…………………………  : …………………………………………………………………………..…………………………  : …………………………………………………………………………..………………………  : …………………………………………………………………………..……………………… |   Bersama ini dilampirkan persyaratan sebagai berikut :   |  | | --- | | 1. Nomor Induk Berusaha 2. Pengisian surat permohonan bermaterai 6000 3. Izin Lingkungan 4. Ruang Laboratorium 5. Izin Mendirikan Bangunan 6. Izin Lokasi 7. Fotokopi Lunas PBB 8. Notofikasi Dinas Kesehatan Daerah Kabupaten/Kota 9. Profil Klinik 10. Sumber Daya Manusia, Sarana dan Prasarana, dan Peralatan 11. Fotokopi KTP 12. Kartu Kepesertaan BPJS Kesehatan/Sertifikat Kepesertaan BPJS Kesehatan 13. Kartu Kepesertaan BP Jamsostek/Sertifikat Kepesertaan BP Jamsostek 14. Pas Photo 4 X 6 sebanyak 2 ( dua ) lembar 15. Fotokopi Akta Notaris bagi perusahaan yang berbadan hukum 16. Fotockopi NPWP Perusahaan/Perorangan yang telah diverifikasi dan sesuai dengan sistem Konfirmasi status wajib pajak 17. Foto copy sip & Ktp dokter penanggung jawab   Demikian kami sampaikan permohonan, atas perhatian dan perkenan Bapak kami ucapkan terima kasih. | |

|  |  |
| --- | --- |
| NB:   * Pengurusan Permohonan Perizinan dan Non Perizinan yang   Bukan pimpinan Perusahaan wajib melampirkan surat kuasa  bermaterai 6000   * Berkas dibuat rangkap 2 (dua) * Map kertas kulit kambing warna merah 2 (dua) buah | **PEMOHON,**  **Materai 6.000**  **Tanda Tangan & Cap Perusahaan**  **( )** |