

	CHECKLIST BERKAS	No. Dokumen : FM-XX.E.48-01 Revisi : 00 Tgl Efektif : 24 September 2018							
	IZIN MENDIRIKAN KLINIK								
TANGGAL : _____ REG : _____									
IDENTITAS PEMOHON									
1	Nama :								
2	Alamat :								
3	No. Telp :								
4	Nama Usaha :								
5	Alamat Usaha :								
CHECKLIST VERIFIKASI PERSYARATAN									
DIISI OLEH FRONT OFFICE		DIISI OLEH BACK OFFICE							
NO	JENIS BERKAS	KELENGKAPAN BERKAS				Keterangan	PERSYARATAN		KETERANGAN
		Baru		Perpanjangan			OK	Tidak OK	
		Ada	Tidak ada	Ada	Tidak ada				
1	Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000								
2	Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan								
3	Salinan/fotocopy pendirian badan usaha								
4	Identitas lengkap pemohon								
5	Fotocopy KTP/Domisili Pemohon.								
6	Foto copy Ijin Gangguan atau tempat usaha								
7	Surat keterangan persetujuan lokasi dari pemerintah daerah setempat								
8	Bukti hak kepemilikan bangunan tempat usaha								
9	SPPL atau UKL/UPL								
10	Profil Klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, saran dan Prasarana, dan peralatan serta pelayanan yang di berikan								
12	Fotocopy NPWP								
11	Foto copy BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan								
12	Fotocopy IMB								
Status Tindak Lanjut :		Status Kelengkapan Berkas				Status Kelengkapan Persyaratan			
		<input type="checkbox"/> Berkas Tidak Lengkap Tetap dilanjutkan ke Bidang dengan Syarat <input type="checkbox"/> Berkas Lengkap <input type="checkbox"/> Berkas				<input type="checkbox"/> Dikembalikan ke loket <input type="checkbox"/> Diteruskan ke Pembuatan Izin dengan syarat sesuai kewenangan Kabid <input type="checkbox"/> Persyaratan Lengkap Lanjut Pembuatan Izin			
		Paraf FO :		Paraf BO :		Paraf Kasi :		Paraf Kabid :	
		Catatan Petugas:				Catatan Bidang:			