



## DINAS PENANAMAN MODAL DAN PPTSP KABUPATEN BULELENG

JL. NGURAH RAI NO. 72 SINGARAJA  
TLP. (0362) 22063

### SURAT IZIN

>APOTEK >OPTICAL  
>TOKO OBAT >OPERASIONAL  
>MENDIRIKAN PUSKESMAS  
KLINIK

### MARI MENGURUS SENDIRI



### Kiat Kami :

"Kalau bisa dipercepat kenapa harus diperlambat ??"

#### KAMI JAMIN :

**P**rima Dalam Pelayanan  
**A**kuntabel, Dapat Dipertanggung jawabkan  
**S**tandar Operasional Prosedur Jelas

### PROSEDUR PENGAJUAN IZIN

1. Pengajuan berkas di loket pelayanan Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Buleleng,
2. Pemeriksaan berkas,
3. Pemeriksaan lokasi / lapangan,
4. Rapat tim teknis dan membuat BAP untuk menentukan permohonan diterima atau ditolak,
5. Penetapan biaya pajak,
6. Pembayaran di kasir,
7. Proses izin / SK
8. Penyerahan izin / SK.

### SURAT IZIN APOTEK

Pemohonan tertulis diajukan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Buleleng dengan melampirkan :

1. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng,
2. Fotocopy ijasah, surat sumpah dan SIK / Surat Tanda Registrasi Apoteker (SRTA),
3. Surat keterangan sehat dari dokter pemerintah,
4. Fotokopy KTP Bali,
5. Fotocopy NPWP Apoteker Pengelola Apotek,
6. Fotocopy NPWP pemilik sarana apotek,
7. Fotocopy Akte Pendirian Badan Usaha (bagi yang berbentuk badan usaha),
8. Gambar peta lokasi dan denah bangunan apotek,
9. Akte sewa meyewa, kontrak atau hak milik bangunan,
10. Daftar ketenagaan,
11. Fotocopy ijasah dan Surat Izin Kerja Asisten Apoteker,

12. Daftar terperinci alat kelengkapan apotek,
13. urut pernyataan dari Apoteker Pengelola Apotek (APA) tidak berkedudukan sebagai APA di apotek lain,
14. Surat izin atasan bagi PNS, TNI / POLRI,
15. Akte Perjanjian Kerjasama Apoteker Pengelola Apotek (APA) dengan Pemilik Sarana Apotek (SPA),
16. Surat pernyataan dari Pemilik Sarana Apotek (PSA) tidak terlibat pelanggaran peraturan perundang-undangan dibidang obat,
17. Surat selesai melaksanakan masa bakti apoteker atau surat pernyataan akan melaksanakan masa bakti apoteker,
18. Surat pernyataan tidak berkeberatan diganti dari APA yang lama,
19. Surat Rekomendasi dari IAI cabang Buleleng,
20. Perjanjian pelengkap apoteker pengelola apotek dengan pemilik sarana apotek,
21. Rancangan papan nama apotek, surat pesanan, kopi resep dan rancangan lemari narkotika,
22. Surat lolos butuh dari Dinas Kesehatan Provinsi / Kabupaten / Kota,
23. Bukti pembayaran terakhir BPJS Kesehatan atau BPJS Tenaga Kerja.

### SURAT IZIN TOKO OBAT

Pemohonan tertulis diajukan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Buleleng dengan melampirkan :

1. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng,
2. Alamat dan denah tempat usaha
3. Fotocopy KTP / domisili pemohon,
4. Fotocopy KTP / domisili asistem apoteker,

5. Fotocopy ijasah, surat penugasan dan Surat Izin Kerja Asisten Apoteker,
6. Surat pernyataan bersedia bekerja asisten apoteker sebagai penanggungjawab teknis,
7. Surat pernyataan asisten apoteker tidak berkedudukan sebagai penanggungjawab dari toko obat lain,
8. Bukti pembayaran terakhir BPJS Kesehatan atau BPJS Tenaga Kerja.

## IZIN OPTICAL

Permohonan tertulis diajukan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Buleleng dengan melampirkan :

1. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng,
2. Akte pendirian perusahaan optical yang disahkan oleh notaris untuk penyelenggaraan yang berbentuk perusahaan bukan perorangan,
3. Surat keterangan dari pejabat setempat yang berwenang menyatakan bahwa pemohon adalah penduduk dan bertempat tinggal tetap di daerah kewenangannya (minimal camat / fotocopy KTP terlampir),
4. Surat Izin Tempat Usaha (SITU) atau Surat Keterangan Bebas Tempat Usaha (SBTU) dari Walikota / Bupati setempat,
5. Surat pernyataan kesediaan Refraksionis Optisien untuk menjadi penanggungjawab pada optical atau laboratorium optik yang akan didirikan dengan kelengkapan :
  - a. Surat perjanjian pemilik sarana dengan Refraksionis Optisien tersebut,
  - b. Surat keterangan dari pejabat setempat yang berwenang menyatakan bahwa Refraksionis Optisien calon penanggungjawab bertempat / berdomisili di kabupaten / kota yang bersangkutan (fotocopy terlampir),

- c. Fotocopy ijasah Refraksionis Optisien yang telah dilegalisir,
- d. Surat keterangan sehat dari dokter,
- e. Pas photo berwarna ukuran 4 x 6 cm sebanyak 3 lembar.
6. Surat pernyataan kerjasama dari laboratorium optic tempat pemrosesan lensa-lensa pesanan, bila optical tidak memiliki laboratorium sendiri,
7. Daftar sarana dan peralatan yang akan digunakan,
8. Daftar pegawai serta tugas dan fungsinya,
9. Peta lokasi sebagai petunjuk wilayah tempat domisili optical / laboratorium optic,
10. Denah ruangan dengan skala 1 : 100,
11. Surat keterangan dari organisasi profesi setempat yang menyatakan bahwa Refraksionis Optisien yang diajukan hanya menjadi penanggungjawab dari optical yang mengajukan izin tersebut dan diketahui oleh asosiasi pengusaha optical setempat,
12. Bukti pembayaran terakhir BPJS Kesehatan atau BPJS Tenaga Kerja.

## IZIN OPERASIONAL PUSKESMAS

Permohonan tertulis diajukan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Buleleng dengan melampirkan :

1. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng,
2. Fotocopy sertifikat tanah atau bukti lain kepemilikan tanah yang sah,
3. Fotocopy Izin Mendirikan Bangunan (IMB),
4. Dokumen pengelolaan lingkungan sesuai ketentuan perundang – undangan,
5. Surat keputusan dari Bupati / Walikota terkait katagori puskesmas,

6. Study kelayakan dari puskesmas yang baru akan didirikan atau akan dikembangkan,
7. Profil puskesmas yang meliputi aspek lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan dan pengorganisasian untuk puskesmas yang mengajukan permohonan perpanjangan izin,
8. Persyaratan lainnya sesuai dengan peraturan daerah setempat,
9. Bukti pembayaran terakhir BPJS Kesehatan atau BPJS Tenaga Kerja.

## IZIN MENDIRIKAN KLINIK

Permohonan tertulis diajukan kepada Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Perijinan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Buleleng dengan melampirkan :

1. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Buleleng,
2. Fotocopy akte pendirian badan usaha,
3. Fotocopy KTP / domisili pemohon,
4. Fotocopy Izin gangguan atau Tempat Usaha,
5. Surat keterangan persetujuan lokasi dari pemerintah daerah setempat,
6. Bukti hak kepemilikan bangunan tempat usaha,
7. Dokumen SPPL untuk klinik rawat jalan atau dokumen Upaya Pengelolaan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL),
8. Profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi, kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana prasarana dan peralatan serta pelayanan yang diberikan,
9. Bukti pembayaran terakhir BPJS Kesehatan atau BPJS Tenaga Kerja.