



CHECKLIST BERKAS

No. Dokumen : FM-XX.E.49-01
Revisi : 00
Tgl Efektif : 02 September 2019

IZIN OPERASIONAL KLINIK

TANGGAL : NO. 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. 6.000								
2	Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan								
3	FC Akta Pendirian								
4	FC KTP-El								
5	Fc ijin gangguan atau tempat usaha								
6	Surat keterangan persetujuan lokasi								
7	Bukti hak kepemilikan bangunan tempat usaha								
8	UKL dan UPL								
9	Profil klinik yang akan didirikan								
10	Persyaratan administrasi lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan								
11	Denah lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan								
12	Surat pernyataan kesanggupan Penanggung Jawab								
13	Data kelengkapan bangunan								
14	BPJS kesehatan dan/atau ketenagakerjaan								
15	FC Surat Izin mendirikan Klinik								
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:			