


| | | |
|---|---------------------------------|---|
|  | CHECKLIST BERKAS | No. Dokumen : FM-XX.E.29-01 Revisi : 01 Tgl Efektif : 15 Mei 2020 |
| | IZIN TOKO ALAT KESEHATAN | |

TANGGAL : _____ NO. REG : _____

| | |
|--------------------------|----------------------|
| IDENTITAS PEMOHON | |
| 1 | Nama : _____ |
| 2 | Alamat : _____ |
| 3 | No. Telp : _____ |
| 4 | Nama Usaha : _____ |
| 5 | Alamat Usaha : _____ |

CHECKLIST VERIFIKASI PERSYARATAN

| DHSI OLEH FRONT OFFICE | | | | | | DHSI 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 Kabupaten Buleleng | | | | | | | | |
| 3 | Fotocopy Pendirian badan usaha yang berbadan hukum | | | | | | | | |
| 4 | Fotocopy NPWP | | | | | | | | |
| 5 | Fotocopy KTP/Domisili Pemohon | | | | | | | | |
| 6 | Surat Keterangan persetujuan lokasi oleh pemerintah setempat | | | | | | | | |
| 7 | Bukti hak Kepemilikan sarana dan status dari tempat usaha | | | | | | | | |
| 8 | Profil toko alat kesehatan yang didirikan sarana dan prasarana yang memadai | | | | | | | | |
| 9 | Surat pernyataan tidak melakukan penjualan melalui tender (hanya penjualan secara eceran) bermaterai 6000 | | | | | | | | |
| 10 | Fotocopy Ijazah untuk penanggungjawab teknis (PJT) dengan Pendidikan sebagai tenaga teknik B3 | | | | | | | | |
| 11 | Surat pernyataan tidak pernah dan tidak akan melakukan pelanggaran perundangan di bidang alat kesehatan bermaterai 6000 | | | | | | | | |
| 12 | IMB untuk tempat usaha Toko Alat Kesehatan | | | | | | | | |
| 13 | UKL/UPL atau SPPL | | | | | | | | |
| 14 | Surat Pernyataan Kesiapan melaksanakan kegiatan sebagai Toko Alat Kesehatan | | | | | | | | |
| 15 | Peta Lokasi Alat Kesehatan | | | | | | | | |
| 16 | Fotocopy BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan | | | | | | | | |

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Status Tindak Lanjut : | Status Kelengkapan Berkas <input type="checkbox"/> Berkas Tidak Lengkap Tetap dilanjutkan ke Bidang dengan Syarat <input type="checkbox"/> Berkas Lengkap <input type="checkbox"/> Berkas Paraf FO : _____ Paraf BO : _____ Catatan Petugas: | Status Kelengkapan Persyaratan <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 Kasi : _____ Paraf Kabid : _____ Catatan Bidang: |
|---------------------------------------|---|--|