**CHECKLIST IZIN OPERASIONAL KLINIK**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | PERSYARATAN | JUMLAH | KET |
| 1. | Formulir permohonan kepada Kepala Dinas PMPTSP Kab. Banjar (rmaterai Rp 10.000) | **Rangkap 2** |  |
| 2. | Fotokopi NIB (Nomor Induk Berusaha) & Izin Operasional terbitan OSS | **Rangkap 2** |  |
| 3. | Dokumen SPPL (klinik rawat jalan), Dokumen UKL-UPL (klinik rawat inap) | **Rangkap 2** |  |
| 4. | Fotokopi Akte Pendirian Perusahaan | **Rangkap 2** |  |
| 5. | Denah Bangunan Klinik dan Peta Lokasi | **Rangkap 2** |  |
| 6. | Fotokopi surat yang menyatakan status bangunan (Akte / Hak milik / Sewa / Kontrak) | **Rangkap 2** |  |
| 7. | Fotokopi IMB (Izin Mendirikan Bangunan) | **Rangkap 2** |  |
| 8. | Daftar Prasarana dan Peralatan yang dimiliki | **Rangkap 2** |  |
| 9. | Daftar Tenaga Medis dan Kesehatan lainnya | **Rangkap 2** |  |
| 11. | Daftar Jenis Pelayanan yang diberikan | **Rangkap 2** |  |
| 12. | Struktur organisasi pelayanan yang diuraikan dalam pembagian tugas dan fungsi dalam penyelenggaraan pelayanan | **Rangkap 2** |  |
| 13. | Fotokopi Tanda Lunas PBB Tahun Terakhir | **Rangkap 2** |  |
| 14. | Fotokopi Surat Izin Praktek Dokter setempat sebagai penanggungjawab | **Rangkap 2** |  |
| 15. | Fotokopi Surat Izin Praktik Dokter dan/atau dokter gigi sebagai pemberi pelayanan. Min 2 (dua) orang | **Rangkap 2** |  |
| 16. | Fotokopi Surat Izin Praktik Apoteker sebagai Penanggung Jawab atau pendamping,Jika klinik rawat jalan menyelenggarakan pelayanan kefarmasian | **Rangkap 2** |  |
| 17. | Fotokopi MoU dengan pihak pelayanan kefarmasian. Apabila klinik rawat jalan tidak memiliki instalasi farmasi. | **Rangkap 2** |  |
| 18. | Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) bagi tenaga medis/kesehatan | **Rangkap 2** |  |
| 19. | Melampirkan Surat Izin Klinik Asli (Perpanjangan) | **Wajib untuk Perpanjangan** |  |
| 20. | Surat kuasa bagi pengurusan izin yang tidak diurus sendiri. ( Bermaterai @ Rp. 10.000,- ) | **Rangkap 2****Sertakan KTP Pengurus** |  |

**RIWAYAT DOKUMEN**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO. | KEGIATAN | PENANGGUNG JAWAB | PETUGAS (NAMA) | TGL. TERIMA | TTD | KET |
| 1. | Penerimaan dan Cek Berkas | CS |  |  |  |  |
| 2. | Perosesan |  |  |  |  |  |
| - Cek Ulang Berkas / Validasi | Kabid |  |  |  |  |
| 3. | Penerbitan SK | Kasie PJU |  |  |  |  |
| - Cetak SK | Petugas Proses |  |  |  |  |
| 4. | Validasi SK | Sekretaris |  |  |  |  |
| 5. | Penandatanganan SK | Kepala Dinas |  |  |  |  |
| TOTAL WAKTU PROSES | ............... | HARI |  |
| CATATAN KHUSUS : |