**PERMOHONAN IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT TIPE C DAN D**

Nomor : Kepada Yth :

Lampiran : 2 (dua) berkas Kepala Dinas Penanaman Modal

Perihal : Baru / Perpanjangan SIO RS dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

 Kabupaten Banjar

 Di –

 Martapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat (Domisili) :

Jabatan :

No. Telp :

Dengan ini mengajukan permohonan Izin Operasional Rumah Sakit **Umum/Khusus\***) Kelas **C/D\***)

Nama Rumah Sakit :

Alamat :

No. Telp :

Nama Penanggung Jawab :

Alamat Penanggung Jawab :

Demikian permohonan ini kami ajukan dengan harapan dapat dikabulkan. Atas terkabulnya permohonan ini kami sampaikan terima kasih.

.........................,.................................20.....

|  |
| --- |
| Stempel RS |

|  |
| --- |
| Materai Rp 10.000 |

 Pemohon,

(...............................................................)

**\*WAJIB MENGISI ISIAN YANG KOSONG**

**SURAT KUASA**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Alamat/Rumah :

Pekerjaan :

Nomor KTP : (fotokopi terlampir)

Memberi kuasa sepenuhnya kepada :

Nama :

Alamat/Rumah :

Pekerjaan :

Nomor KTP : (fotokopi terlampir)

Untuk mengurus …………………………………………………….. serta menandatangani BAP dan mengambil Surat Izin Operasional RS di Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kabupaten Banjar.

Demikian surat kuasa ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

……………….,..………………20…

|  |  |
| --- | --- |
| Yang Diberi Kuasa,( ………………………………… ) |  Yang Memberi Kuasa,Materai Rp. 10.000,- ( ……………………………….. ) |