



**PEMERINTAH KOTA KOTAMOBAGU**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan D. I. Panjaitan No. 375, Telp/Fax. (0434) 22810

email : [dpmpstsp@kotamobagukota.go.id](mailto:dpmpstsp@kotamobagukota.go.id),

website : <https://dpmpstsp.kotamobagukota.go.id>

**FORMULIR PERMOHONAN**  
**IZIN OPERASIONAL KLINIK**

No. Dokumen : FM-51-06  
Revisi : 00  
Tgl Terbit : 03-01-2018  
Halaman : -

Nomor :  
Sifat :  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Baru / Perubahan /  
Perpanjangan Izin Operasional Klinik\*)

Kepada Yth.  
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL**  
**DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**  
**KOTA KOTAMOBAGU**  
di -

Kotamobagu

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini mengajukan permohonan Izin Operasional Klinik dengan data sebagai berikut :

**I. DATA PEMOHON / PENANGGUNG JAWAB**

Nama : \_\_\_\_\_  
Nomor KTP : \_\_\_\_\_  
Alamat : \_\_\_\_\_

Nomor Telepon / HP : \_\_\_\_\_

**II. DATA KLINIK**

Nama Klinik : \_\_\_\_\_  
Alamat Klinik : \_\_\_\_\_

Jenis Pelayanan : **Pratama / Utama**

Kepemilikan : **Perorangan / Badan Usaha / Badan Hukum / Yayasan**

Penyelenggaraan : **Rawat Jalan / Rawat Inap**

**III. DATA BADAN USAHA**

Nama Perusahaan : \_\_\_\_\_  
Alamat Perusahaan : \_\_\_\_\_  
Nomor Telepon : \_\_\_\_\_  
NPWP : \_\_\_\_\_

Persyaratan telah kami penuhi sesuai ketentuan sebagaimana terlampir dalam permohonan ini.

Demikian permohonan ini disampaikan untuk di pertimbangkan, atas kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Yang bermohon,

Materai

\_\_\_\_\_

**Lampiran persyaratan izin :**

No	Persyaratan	
1	Fotocopy KTP	
2	Fotocopy Akta Pendirian Badan Usaha kecuali untuk kepemilikan perorangan	
3	Surat persetujuan lokasi dari Pemerintah setempat	
4	Fotocopy bukti hak kepemilikan atau penggunaan tanah atau izin penggunaan bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan bagi milik pribadi atau surat kontrak minimal 5 (lima) tahun bagi yang menyewa bangunan untuk penyelenggaraan kegiatan	
5	Izin Lingkungan Hidup SPKPPLH untuk klinik rawat jalan dan UPL-UKL untuk klinik rawat inap sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku	
6	Profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana serta pelayanan yang diberikan	
7	Fotocopy Nomor Induk Berusaha (NIB)	
8	Surat pernyataan sebagai dokter penanggung jawab	
9	Fotocopy Surat Izin Praktek (SIP) Dokter penanggung jawab	
10	Daftar tenaga medis/kesehatan yang bekerja di klinik (disertai fotocopy SIP/SIK)	
11	Rekomendasi Dinas Kesehatan	

\*di centang syarat yang terlampir ( √ )