|  |  |
| --- | --- |
|  | **PEMERINTAH KOTA KOTAMOBAGU****DINAS PENANANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**Jalan D. I. Panjaitan No. 375, Telp/Fax. (0434) 22810email : dpmptsp@kotamobagukota.go.id, website : <https://dpmptsp.kotamobagukota.go.id> |
| FORMULIR PERMOHONAN IZIN OPERASIONAL RUMAH SAKIT | No. Dokumen : FM-50-06Revisi : 00Tgl Terbit : 03-01-2018Halaman : - |

|  |  |
| --- | --- |
| Nomor : Sifat :Lampiran : 1 (satu) berkasPerihal : Permohonan Baru / Perubahan / Perpanjangan Izin Operasional Rumah Sakit | Kepada Yth.**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU KOTA KOTAMOBAGU**di –  Kotamobagu |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap  | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Alamat | : | …………………………………………………………………………………………. |
|  | …………………………………………………………………………………………. |
| No. KTP | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Jabatan | : | …………………………………………………………………………………………. |

Atas nama badan hukum / yayasan :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Rumah Sakit  | : | …………………………………………………………………………………………. |
| Alamat | : | …………………………………………………………………………………………. |
|  | …………………………………………………………………………………………. |
| Nomor Telepon | : | …………………………………………………………………………………………. |

Dengan ini kami mengajukan permohonan **Baru / Perubahan / Perpanjangan** Izin Operasional Rumah Sakit, dengan keterangan sebagai berikut :

1. Fotocopy KTP Pemohon (pemilik / penanggung jawab / direktur);
2. Fotocopy NPWP;
3. Fotocopy Akte Pendirian Perusahaan (untuk yang bukan badan hukum harus terdaftar di Pengadilan Negeri, untuk badan hukum PT atau Yayasan harus disahkan oleh Kemenkumham, untuk Koperasi harus disahkan OPD Pembina Koperasi);
4. Fotocopy bukti kepemilikan atas tanah dan bangunan, bukti kepemilikan lain yang sah atau bukti surat kontrak minimal untuk jangka waktu 5 (lima) tahun yang disahkan oleh notaris dan dilampiri bukti atas hak;
5. Fotocopy Izin Lingkungan ( UPL-UKL / AMDAL);
6. Fotocopy IMB Rumah Sakit;
7. Fotocopy Izin Lokasi;
8. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktik (SIP) direktur/dokter penanggung jawab;
9. Rekomendasi Operasional dan Penetapan Klasifikasi Rumah Sakit dari Dinas Kesehatan Kota Kotamobagu.
10. Izin Operasional Rumah Sakit sebelumnya apabila mengajukan perubahan / perpanjangan.

Demikian surat permohonan ini dibuat dengan sebenar-benarnya dan apabila ternyata tidak, maka kami bersedia menerima sanksi sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Kotamobagu, ……………………………

Yang bermohon,

Materai

6000

………………………………….…………

*Catatan : Coret yang tidak perlu / sesuai yang dimohon\*)*