



PEMERINTAH KABUPATEN LAHAT
DINAS KESEHATAN

Jalan Bhayangkara I Bandar Jaya Lahat Propinsi Sumatera Selatan
Telp./Fax.(0731) 326018- 326019

Lahat,

Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Rekomendasi
Izin Operasional Klinik

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lahat
Cq. Kabid Pelayanan Kesehatan
Di-

Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini :
Penanggung Jawab :
Tempat Tanggal Lahir :
Alamat :
Lulusan / Tahun :
Jabatan :

Dengan ini mengajukan Permohonan Surat Rekomendasi Izin Klinik :

Nama Klinik :
Alamat Klinik :

Sebagai pertimbangan berikut ini kami lampirkan :

1. Foto copy KTP Penanggung Jawab
2. Foto copy ijazah Penanggung Jawab
3. Foto copy STR (Surat Tanda Registrasi)
4. Surat keterangan berbadan sehat Penanggung Jawab
5. Surat pernyataan dari Dokter Penanggung Jawab
6. Foto copy izin praktek (SIP) dokter penanggung jawab
7. Akta notaris
8. Denah lokasi klinik
9. Denah lokasi ruangan klinik
10. Daftar peralatan medis / non medis
11. Daftar tenaga kesehatan terdiri :
 - Dokter Spesialis (Ijazah, STR, SIP terlampir)
 - Dokter Umum (Ijazah, STR, SIP terlampir)
 - Perawat (Ijazah, STR, SIK terlampir)
 - Bidan (Ijazah, STR, SIK terlampir)
 - Tenaga Kefarmasian (Ijazah, STR, SIP terlampir)
 - Tenaga Gizi (Ijazah, STR, SIK terlampir)
12. Daftar tenaga non kesehatan
13. Pas photo uk 3x4 cm 1 lembar

Demikian atas perhatian kami ucapkan terima kasih

Pemohon