

**MAL PELAYANAN PUBLIK
KABUPATEN SUMEDANG**

SKPD/INSTANSI : LOKET E - DINAS PMPTSP KABUPATEN SUMEDANG

No.	NAMA JENIS IZIN	JENIS LAYANAN	PERSYARATAN IZIN	KETERANGAN	BIAYA/TARIF
10	Izin Klinik	Baru	<p>Surat Permohonan bermaterai Rp. 10.000 Foto Copy Akta Notaris Pendirian Yayasan atau Perusahaan (Berbadan Hukum) Surat rekomendasi dari Puskesmas Surat pernyataan tidak keberatan dari lingkungan tetangga dimana Klinik berada. Denah lokasi dimana Klinik Berada. Daftar sarana kelengkapan mebelair Daftar sarana alat kedokteran untuk kebutuhan diagnosa Daftar Ketenagaan harus ada Apoteker Daftar Obat-obatan yang digunakan Surat Kerja Sama dengan Apotik. Dokter Penanggung Jawab dengan melampirkan :</p> <p>a. Foto Copy KTP yang masih berlaku. b. Foto Copy SIP yang masih berlaku. c. Surat Pernyataan kesanggupan menjadi Penanggung jawab Klinik bermaterai Rp. 10.000,00 d. Fas Foto Ukuran 3 x 4 = 3 buah. e. Foto Copy Izajah dokter</p> <p>Pelaksana harian dengan melampirkan :</p> <p>a. Surat Pernyataan Kesanggupan menjadi pelaksana harian Klinik Bermaterai Rp. 10.000,00 b. Foto Copy KTP yang masih berlaku. c. Foto Copy SIP bagi dokter yang masih berlaku. d. Fas Foto Ukuran 3 x 4 = 3 buah. e. Foto Copy Izajah dokter/perawat.</p> <p>IMB. SPPL Klinik Rawat Jalan UPL/UKL Klinik Rawat Inap NIB</p>		Non Retribusi
			REKOMENDASI TEKNIS		
			Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang		
		Perpanjangan	<p>Surat Permohonan bermaterai Rp. 10.000,00 Surat Izin Lama Daftar Ketenagaan harus ada Apoteker Daftar Obat-obatan yang digunakan. Surat Kerja Sama dengan Apotik. Dokter Penanggung Jawab dengan melampirkan :</p> <p>a. Foto Copy KTP yang masih berlaku.</p>		

No.	NAMA JENIS IZIN	JENIS LAYANAN	PERSYARATAN IZIN	KETERANGAN	BIAYA/TARIF
			b. Foto Copy SIP yang masih berlaku. c. Surat Pernyataan kesanggupan menjadi Penanggung jawab Klinik bermaterai Rp. 10.000,00 d. Fas Foto Ukuran 3 x 4 = 3 buah. e. Foto Copy Izajah dokter Pelaksana harian dengan melampirkan : a. Surat Pernyataan Kesanggupan menjadi pelaksana harian Klinik Bermaterai Rp. 10.000,00 b. Foto Copy KTP yang masih berlaku. c. Foto Copy SIP bagi dokter yang masih berlaku. d. Fas Foto Ukuran 3 x 4 = 3 buah. e. Foto Copy Izajah dokter/perawat. IMB. SPPL untuk Klinik Rawat Jalan UPL/UKL untuk Klinik Rawat Inap NIB		
				REKOMENDASI TEKNIS	
			Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang		
		Balik Nama/Perubahan	Surat Permohonan SIP dokter pengganti Izin Lama Nama Dokter Pengganti Akta Perusahaan Nomor Induk Berusaha (NIB)		
				REKOMENDASI TEKNIS	
			Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Sumedang		