Indramayu, ........................................

Perihal **: Permohonan Persetujuan**  Yth. Bupati Indramayu

 **Pemenuhan Komitmen**  Melalui :

 **Izin Operasional Klinik**  Kepala Dinas Penanaman Modal

dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Indramyu

di , -

**INDRAMAYU**

Bersama surat ini saya mengajukan permohonan pemenuhan komitmen izin operasional **Klinik**................................................................................................ ./dengan lokasi di ..........................................................................

Adapun sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan sebagai berikut :

1. Scan asli Surat permohonan persetujuan pemenuhan komitmen Izin Operasional Klinik bermaterai Rp. 6000.00
2. Scan asli KTP pemohon
3. Scan asli NPWP pemohon dan NPWP perusahaan
4. Scan asli Akta pendirian perusahaan dan pengesahan dari Menkumham
5. Scan asli NIB (Nomor Induk Berusaha)
6. Scan asli Izin Lokasi tanpa komitmen
7. Scan asli Izin Lingkungan
8. Scan asli Izin Operasional Klinik
9. Scan asli Izin Mendirikan Bangunan (IMB)/perjanjian sewa bagi yang menyewa
10. Scan asli Rekomendasi SPPL/UKL/ UPL/ AMDAL
11. Scan asli Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Indramayu
12. Scan asli Struktur kepengurusan (Profil klinik yang akan didirikan meliputi struktur organisasi kepengurusan, tenaga kesehatan, sarana dan prasarana, dan peralatan serta pelayanan yang diberikan).
13. Scan asli SIP dokter sebagai penanggungjawab [Penanggung jawab adalah dokter umum/dokter gigi (untuk klinik pratama) dan dokter spesialis (untuk klinik utama) harus dilengkapi dengan foto copy KTP, foto copy Ijazah, foto copy penugasan dan foto copy izin praktik]
14. Scan asli Surat pernyataan keabsahan dokumen yang ditanda tangani diatas materai Rp. 6000.00

Demikian permohonan ini saya buat dengan sebenarnya, dan apabila keterangan atau kelengkapan data tersebut tidak benar, maka saya bersedia dituntut sesuai dengan peraturan dan perundang-undangan.

 Hormat saya

 **Materai**

 **Rp. 6.000 , -**

.............................................

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ...................................................................................

Nomor SIP : ...................................................................................

Masa Berlaku : ...................................................................................

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia sebagai dokter penanggungjawab pada :

Klinik Pratama / Utama :...................................................................................

Alamat : ...................................................................................

Yang meliputi tanggung jawab sebagai pembina teknis sesuai dengan yang tercantum dalam PERMENKES No. 26 TAHUN 2018 dan pelayanan pengobatan yang dilaksankan oleh pelaksana harian dalam memberikan pelayanan pengobatan sesuai dengan obat-obatan yang tersedia di klinik.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

 Indramayu, ...........................................

***Yang menyatakan***

 ***Materai***

 ***Rp. 6.000, -***

....................................................

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ...................................................................................

Nomor SIP : ...................................................................................

Masa Berlaku : ...................................................................................

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia sebagai Dokter pelaksana harian pada :

Klinik Pratama / Utama : ...................................................................................

Alamat : ...................................................................................

Sesuai dengan PERMENKES No. 26 TAHUN 2018 yang dalam pelaksanaannya, pelayanan pengobatan yang dilaksanakan oleh pelaksana harian dalam memberikan pelayanan pengobatan sesuai dengan obat-obatan yang tersedia di klinik.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

 Indramayu, ...........................................

***Yang menyatakan***

 ***Materai***

 ***Rp. 6.000, -***

....................................................

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ...................................................................................

Tempat tanggal lahir : ...................................................................................

Nomor SIP : ...................................................................................

Masa Berlaku : ...................................................................................

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia sebagai apoteker pada :

Klinik Pratama / Utama : ...................................................................................

Alamat : ...................................................................................

Sesuai dengan PERMENKES No. 26 TAHUN 2018 yang dalam pelaksanaannya, pelayanan kefarmasian yang dilaksanakan oleh apoteker dalam memberikan pelayanan bidang farmasi sesuai dengan obat-obatan yang tersedia di klinik.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

 Indramayu, ...........................................

***Yang menyatakan***

 ***Materai***

 ***Rp. 6.000, -***

....................................................

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ...................................................................................

Tempat tanggal lahir : ...................................................................................

Nomor SIP : ...................................................................................

Masa Berlaku : ...................................................................................

Dengan ini menyatakan bahwa saya tidak keberatan sarana dan prasaran apotek saya dipergunakan oleh apoteker :

Nama apoteker : ...................................................................................

Alamat : ...................................................................................

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada unsur paksaan dari siapapun.

 Indramayu, ...........................................

***Yang menyatakan***

 ***Materai***

 ***Rp. 6.000, -***

....................................................

**SURAT PERNYATAAN KEABSAHAN DOKUMEN**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

NIK :

Alamat :

Telepon :

Jabatan :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Segala data yang diinput dan dokumen yang diupload adalah asli dan benar;
2. Apabila dikemudian hari ditemui bahwa dokumen yang telah diupload tidak sah dan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

…………….,……………………..

Yang Menyatakan

 *Materai 6000 dan*

 *Cap Perusahaan*

--------------------------------

*(Nama Lengkap)*