



**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP  
KABUPATEN BUTON UTARA**

**PERMOHONAN IZIN OPERASIONAL KLINIK**

1. Nama Klinik : .....
2. Alamat : .....
3. Nama Pemilik : .....
4. Alamat Pemilik : .....
5. Klasifikasi Klinik : .....



**PEMERINTAH KABUPATEN BUTON UTARA**  
**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PTSP**  
**KOMPLEKS PERKANTORAN BUMI SARA'EA KODE POS 93672**  
**BURANGA**

Nama Pemohon : .....  
Alamat : .....

Nomor Agenda : ..... Nama Klinik : .....  
Tanggal : ..... Alamat : .....

**PERMOHONAN IZIN OPERASIONAL KLINIK BARU/PERUBAHAN/PERPANJANGAN**

**I. DAFTAR KELENGKAPAN PERMOHONAN**

<b>NO.</b>	<b>JENIS LAMPIRAN</b>	<b>KETERANGAN</b>
1.	Mengisi formulir isian permohonan Izin Pendirian Klinik bermaterai Rp. 6000,-	
2.	Fotocopy KTP Pemohon (pemilik/penanggung jawab/direktur) untuk WNI atau Surat Ijin Tinggal Sementara untuk Warga Negara Asing	
3.	Fotocopy NPWP perorangan/badan usaha	
4.	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) , khusus untuk Klinik Utama harus berbadan hukum dan ada pengesahan dari KEMENKUMHAM	
5.	Salinan/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 alas hak	
6.	Fotocopy Izin Lingkungan atau Surat Pernyataan Pengelolaan Lingkungan Hidup (SPPL)	
7.	Fotocopy IMB Klinik	
8.	Fotocopy Izin Pendirian Klinik/P2R	
10.	Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) dokter dilokasi calon klinik, Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA) <i>bila melayani kefarmasian</i>	
11.	Data tenaga Kesehatan melampirkan : - Fotocopy Surat tanda Registrasi (STR) - Fotocopy Surat Izin Kerja (SIK)/Izin Praktek Perawat (SIPP) Tenaga Non kesehatan	
12.	Fotocopy Rekomendasi Operasional Klinik dari Dinas Kesehatan	
13.	Izin Operasional Klinik sebelumnya apabila mengajukan perubahan	
14.	Semua persyaratan rangkap 2 (dua);	

Buranga ,.....

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

Kepada Yth.  
Kepala Dinas Penanaman Modal dan PTSP  
Kabupaten Buton Utara  
di

**BURANGA**

Yang bertanda tangan dibawah ini :  
1. Nama : .....  
2. Tempat Tanggal Lahir : .....  
3. Alamat : .....

Dengan ini kami mengajukan permohonan **Baru/Perubahan/perpanjangan\*** Izin Operasional Klinik **Pratama/Utama\* Rawat inap/Rawat jalan\*** (*coret yang tidak perlu*), dengan keterangan sebagai berikut :

1. Nama Klinik : .....  
2. Alamat Klinik : .....  
3. Dokter Penanggung jawab : .....

Sebagai dasar pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP Pemohon (pemilik/penanggung jawab/direktur)
2. Fotocopy NPWP perorangan/badan usaha ;
3. Fotocopy Akte Pendirian Perusahaan (bagi perusahaan/badan hokum), khusus untuk Klinik Utama harus berbadan hukum dan ada pengesahan dari KEMENKUMHAM;
4. Salinan/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 alas hak;
5. Fotocopy Izin Lingkungan atau Surat Pernyataan Pengelolaan Lingkungan Hidup (SPPL);
6. Fotocopy IMB;
7. Fotocopy NIB
8. Fotocopy Rekomendasi Izin Pendirian Klinik dari Dinas Kesehatan Kab.Buton Utara;
9. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek (SIP) dokter dilokasi calon klinik, Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) dan Surat Izin Praktek Apoteker (SIPA);
10. Data tenaga Kesehatan lain :
  - a. Tenaga keperawatan/tenaga kesehatan lain, melampirkan :
    - Fotocopy Surat tanda Registrasi (STR)
    - Fotocopy Surat Izin Kerja (SIK)/Izin Praktek Perawat (SIPP)
  - b. Tenaga Non kesehatan;
11. Izin Operasional Klinik sebelumnya apabila mengajukan perubahan;
12. Seluruh persyaratan rangkap 2 (dua)

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

Buranga,.....

.....

## FORMULIR PERMOHONAN IZIN OPERASIONAL KLINIK

A	Keterangan Tentang Pemohon	
1	Nama	
2	Alamat	
		kode pos :
3	No Telp/Hp	
4	Email	
5	No. KTP	
6	NPWP	
7	Pekerjaan / Jabatan dalam Perusahaan	
B	Keterangan tentang Perusahaan	
1	Nama Perusahaan	
2	Alamat	
		kode pos :
3	No Telp/Fax	
4	NPWP	
5	No/Tgl Akte Pendirian	
6	No. SIUP	
C	Keterangan tentang izin Operasional klinik yang diajukan	Baru / Perubahan / Perpanjangan ( <i>*coret yang tidak perlu</i> )
1	Nama Klinik	
2	Alamat Klinik	
3	Dokter Penanggung jawab	
4	STR/SIP Dokter Penanggung jawab	
5	Klasifikasi Klinik	
6	Izin-Izin Yang diperoleh	
	Nomor IMB	
	Nomor HO	
	Nomor Izin Lingkungan/SPPL	
	Nomor Rekomendasi Izin Pendirian Klinik	
	Nomor Izin Operasional Klinik Lama (apabila perubahan/perpanjangan)	

Buranga,.....

(.....)

Nama/Jabatan

## PAKTA INTEGRITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Pekerjaan/jabatan :

Alamat :

Nama Perusahaan :

Alamat Perusahaan :

Dengan ini menyatakan, bahwa permohonan diisi dengan sebenarnya, termasuk alamat dan domisili perusahaan / kantor / hunian sebagaimana yang telah kami nyatakan adalah benar adanya. Kami siap menaati segala ketentuan dan peraturan perundang-undangan yang berlaku. dan apabila dikemudian hari ternyata data atau informasi dan keterangan tersebut tidak benar atau palsu, serta dalam pelaksanaannya tidak sesuai dengan ketentuan yang ada, maka kami menyatakan **bersedia** dicabut atau dibatalkan ijin yang telah diterbitkan (termasuk kewajiban atau konsekuensi lainnya) dan dituntut sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

....., .....20.....

Hormat Kami,

(.....)