

FORMULIR IZIN PENDIRIAN RUMAH SAKIT NON BLU



Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Tidore Kepulauan
di
Tidore

Dengan Hormat,

Dengan ini kami mengajukan permohonan izin untuk mendapatkan Izin Pendirian Rumah Sakit Non BLU

Nama Pimpinan :
Nama Penanggung Jawab :
Alamat Lengkap :
Nama Rumah Sakit :
Alamat Rumah Sakit :
No. Telp/HP (*wajib di isi*) :
Email :

Untuk melengkapi permohonan ini kami lampirkan bahan-bahan sebagai berikut :

1. Surat Permohonan
2. Fotokopi & scan akta pendirian SK Kepala Daerah;
3. Foto copy & scan surat keabsahan tanah/bangunan
4. Foto copy & scan IMB/PBG & SLF;
5. Foto copy & scan KTP;
6. Foto Copy & scan Profil Rumah Sakit, Daftar SDM, Peralatan Medis, Alat Kesehatan (hasil uji) dan Sediaan Farmasi
7. Foto copy & scan Study Kelayakan
8. Foto Copy & scan Master Plan
9. Foto Copy & scan Detail Engineering Design
10. Foto Copy & scan Dokumen Lingkungan
11. Foto Copy & scan Kesesuaian RTRW
12. Semua berkas di buat dalam 1 dokumen sebanyak 2 rangkap

Demikian permohonan ini saya buat dengan sesungguhnya apabila tidak sesuai, saya bersedia di tuntutan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Tidore,

Pemohon



081242258229/082134692332



dpmpsp tidore