

**PERSYARATAN IZIN KLINIK
PRATAMA/UTAMA
RAWAT JALAN/RAWAT INAP/24 JAM**

Nama Sarana :
 Alamat :
 No. Telp :
 Nama Penanggung Jawab :

No.	PERSYARATAN	KELENGKAPAN		KET
		ADA	TIDAK	
1	Surat permohonan kepada Bupati melalui kepala Dinas Kesehatan Sukoharjo bermaterai Rp.6000,-			
2	Fotocopy akta notaris pendirian badan usaha (yayasan/PT/CV /Koperasi) untuk klinik pratama rawat inap dan klinik utama			
3	Data pemohon/pemilik			
	a. Fotocopy KTP			
	b. Fotocopy NPWP			
	c. Pas Foto 4x6 = 2 lembar dan 3x4 = 1 lembar			
4	Surat pernyataan status kepemilikan bermaterai Rp.6000,-			
5	Data Tempat Usaha			
	a. Fotocopy IMB, IPB			
	b. Fotocopy izin HO			
	c. Fotocopy bukti kepemilikan tanah dan bangunan (sertifikat)			
	d. Gambar Denah Lokasi dan Denah Situasi Bangunan			
e. Denah Instalasi Listrik, Air bersih, Air Limbah				
6	Surat pernyataan pengelolaan air limbah bermaterai Rp.6000,-			
7	Dokumen Upaya Kesehatan Lingkungan (UKL) dan Upaya Pemantauan Lingkungan (UPL) bagi Klinik Rawat Inap			
8	Surat Perjanjian Kerjasama Rujukan Laboratorium (bagi Klinik Rawat Jalan dan 24 jam)			
9	Surat Perjanjian Kerjasama Pengelolaan Sampah Medis dengan pihak ke-3 (bila tidak mempunyai sarana pengelolaan sendiri)			
10	Profil klinik			
	a. Daftar Ketenagaan			
	b. Daftar Struktur Organisasi yang disahkan pemimpin			
	c. Daftar peralatan medis, penunjang medis dan non medis			
	d. Daftar Obat			
	e. Daftar Pelayanan dan Tarif yang disahkan pimpinan			
f. Daftar Sarana dan Prasarana				
11	Surat pengantar / rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat			
12	Data Kepegawaian Dokter Penanggung jawab			
	a. Fotocopy SIP			
	b. Surat keterangan tidak keberatan dari atasan langsung (bagi PNS, ABRI)			
	c. Surat pernyataan diatas kertas bermaterai Rp.6000,- :			
	i. Sanggup menjadi dokter penanggung jawab			
	ii. Sanggup membina PSM setempat dalam pembangunan kesehatan dilingkungannya			
	iii. Sanggup melaksanakan kegiatan pelayanan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku			
13	Data Tenaga pelaksana harian			
	a. Fotocopy ijazah, STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Izin Praktek) bagi dokter & apoteker			
	b. Fotocopy ijazah, SI (Surat Izin) dan SIK (Surat izin Kerja) bagi Perawat, Bidan, Asisten Apoteker, Fisioterapi			
	c. Surat keterangan tidak keberatan dari atasan langsung (bagi PNS, ABRI)			
d. Surat pernyataan sanggup menjadi tenaga pelaksana harian bermaterai Rp.6000,-				
14	Standard Operating Prosedur (SOP)			
15	Surat Keterangan Penggunaan Daya Listrik			
16	Surat Keterangan Penggunaan Air Bersih			

Berkas diterima tanggal :
 Dikunjungi tanggal :
 Izin selesai tanggal :

Hal : Permohonan Izin Klinik
Pratama/Utama
Rawat Jalan/Rawat Inap/24 Jam

Kepada Yth. :
Bupati Sukoharjo
Cq. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sukoharjo
Di
SUKOHARJO

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat :
Nama Klinik :
Tipe Klinik :
Dokter Penanggungjawab :
Surat Izin Praktek No. :

Dengan ini kami mengajukan permohonan izin penyelenggaraan Klinik Pratama/Utama Rawat Jalan/Rawat Inap/24 Jam.

Untuk bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan persyaratan yang diperlukan sebagai berikut :

1. Fotocopy akta notaris pendirian badan usaha
2. Data pemohon/pemilik (Fotocopy KTP, NPWP, Pas foto 4 x 6 = 2 lembar dan 3 x 4 = 1 lembar)
3. Surat pernyataan status kepemilikan bermaterai Rp.6000,-
4. Data Tempat Usaha (IMB, Izin HO, Sertifikat tanah & bangunan, Denah bangunan, Denah Instalasi Air Bersih, Air Limbah, Listrik)
5. Surat pernyataan pengelolaan air limbah bermaterai Rp.6000,
6. Dokumen UKL & UPL (bagi Klinik Rawat Inap)
7. Surat Perjanjian Kerjasama Rujukan Laboratorium (bagi Klinik Rawat Jalan dan 24 jam)
8. Surat Perjanjian Kerjasama Pengelolaan Sampah Medis dengan pihak ke-3 (bila tidak mempunyai sarana pengelolaan sendiri)
9. Profil klinik (SOT, Daftar Ketenagaan, Peralatan, Sarana prasarana, Obat, Pelayanan dan Tarif)
10. Surat pengantar / rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat
11. Data Kepegawaian Dokter Penanggung jawab (Fotocopy SIP, Surat Pernyataan Kesanggupan bermaterai Rp.6000,-, Surat tidak keberatan atasan langsung bagi PNS/TNI)
12. Data Tenaga pelaksana harian (Surat Pernyataan Kesanggupan bermaterai Rp.6000,-, Fotocopy Ijazah, STR, Surat Izin, SIP, SIK)
13. Standard Operating Prosedur (SOP)
14. Surat Keterangan Penggunaan Daya Listrik
15. Surat Keterangan Penggunaan Air Bersih

Demikian ketentuan persyaratan sebagaimana diperlukan dan kami mohon kebijaksanaan dan bantuannya untuk terkabulnya permohonan ini kami haturkan terima kasih.

Sukoharjo,
Penanggung jawab Klinik

materai Rp.6.000,-

(.....)

KOP KLINIK

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat Tanggal Lahir :

Alamat :

Jabatan :

Dengan ini menyatakan dengan sebenarnya bahwa Klinik tidak mengalami perubahan pada status kepemilikan.

Nama Klinik :

Kepemilikan :

Penanggung jawab :

Lokasi :

Demikian pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Terima kasih

Sukoharjo,.....

Yang membuat pernyataan

materai Rp.6000,-

.....

KOP KLINIK

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat Tanggal Lahir :

Alamat :

Pendidikan :

Tahun Lulus :

Dengan ini menyatakan kesanggupan sebagai Penanggung Jawab pada :

Nama Klinik :

Alamat Klinik :

dan tidak akan bekerja sebagai penanggung jawab pada klinik/pelayanan kesehatan yang lain.

Demikian surat ini saya buat dengan tidak ada unsur paksaan dari siapapun.

Semoga dapat dipergunakan semestinya.

Terima kasih

Sukoharjo,.....

Yang membuat pernyataan

materai Rp.6000,-

.....

KOP KLINIK

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tanggal Lahir :

Alamat :

Jabatan :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bersedia sebagai Tenaga Pelayanan Kesehatan di :

Nama Klinik :

Alamat Klinik :

Demikian surat ini saya buat dengan tidak ada unsur paksaan dari siapapun.

Semoga dapat dipergunakan semestinya.

Terima kasih

Sukoharjo,.....

Yang membuat pernyataan

materai Rp.6000,-

.....

KOP SURAT PIHAK KEDUA (LABORATORIUM KLINIK)

SURAT PERJANJIAN KERJASAMA
RUJUKAN LABORATORIUM
Nomor :.....

Pada hari ini, tanggal..... Bulantahun Yang bertanda tangan di bawah ini :

I. Nama : (Klinik)
Alamat :
Jabatan :
Selanjutnya disebut "**PIHAK PERTAMA**"

II. Nama : (Laboratorium)
Alamat :
Jabatan :
Selanjutnya disebut "**PIHAK KEDUA**"

Dengan ini PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA sepakat mengikat diri dalam perjanjian kontrak kerja tentang rujukan pemeriksaan laboratorium klinik bagi pasien Rawat Jalan/24 jam dalam batas fasilitas yang tersedia di Laboratorium Klinik

Adapun isi perjanjian kerjasama tersebut sebagai berikut :

1. PIHAK KEDUA adalah pelaksana yang dipercaya oleh PIHAK PERTAMA sebagai rekanan pemeriksaan laboratorium.
2. PIHAK KEDUA akan melakukan pengambilan specimen setiap ada permintaan dari PIHAK PERTAMA pada setiap jam kerja/hari kerja, kemudian dikerjakan oleh PIHAK KEDUA.
3. PIHAK KEDUA akan memberitahukan hasil pemeriksaan melalui telepon apabila hasil diminta segera dan hasil asli akan dikirim menyusul kepada PIHAK PERTAMA.
4. PIHAK PERTAMA berkewajiban melakukan pelunasan biaya pemeriksaan kepada PIHAK KEDUA sesuai kesepakatan bersama.
5. PIHAK PERTAMA berhak mendapat discount% (latin) untuk pemeriksaan laboratorium.
6. Dalam pelaksanaan perjanjian apabila timbul perselisihan, maka kedua belah pihak sepakat untuk menyelesaikan berdasarkan prinsip musyawarah untuk mufakat.
7. Perjanjian Kerjasama ini berlaku tahun terhitung sejak ditandatangani surat ini dan bulan sebelum perjanjian berakhir, kedua belah pihak akan bermusyawarah untuk perpanjangan atau penghentian perjanjian ini.

Demikian surat perjanjian ini dibuat dalam rangkap 2 (dua).

PIHAK PERTAMA

PIHAK KEDUA

materai Rp.6000,-

.....

.....

**SURAT PERJANJIAN KERJASAMA
PENGELOLAAN SAMPAH MEDIS**

Antara

PUSKESMAS KABUPATEN SUKOHARJO

Dengan

PELAYANAN KESEHATAN SWASTA

(RUMAH SAKIT ... / KLINIK ... / RUMAH BERSALIN ... / KLINIK KECANTIKAN)

Nomor :.....

Pada hari ini, tanggal..... Bulantahun Yang bertanda tangan di bawah ini :

I. dr. : Kepala Puskesmas, Kab. Sukoharjo, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama Puskesmas yang beralamat disebut sebagai "**Pihak Pertama** "

II. : Direktur / Pimpinan / Penanggungjawab, dalam hal ini bertindak untuk dan atas nama RS / Klinik / RB / Klinik Kecantikan..... yang beralamat disebut sebagai "**Pihak Kedua** "

(**Pihak Pertama** dan **Pihak Kedua** secara bersama-sama disebut "**Para Pihak**" dan sendiri-sendiri disebut "**Pihak**".)

Pihak Pertama bermaksud mengadakan kerjasama dengan **Pihak Kedua** untuk memusnahkan sampah medis yang dihasilkan oleh **Pihak Kedua**. **Pihak Pertama** bermaksud menyediakan jasa untuk pekerjaan tersebut. Oleh Karena itu, **Para Pihak** setuju untuk menandatangani Perjanjian Kerjasama pemusnahan sampah medis (selanjutnya disebut perjanjian) dengan syarat dan ketentuan sebagai berikut :

Pasal 1

Definisi dan Penafsiran

Sampah Medis adalah sampah atau sisa hasil kegiatan pelayanan kesehatan dan lainnya antara lain : Alat suntik bekas, jarum, kapas, perban, pembalut, plaster, sisa jaringan/organ tubuh (dari operasi, persalinan), botol obat, ampul, botol infus, selang infus, sisa obat, tranfusi darah, kantong urine, limbah yang dihasilkan dari aktivitas laboratorium dan lain-lainnya.

Pasal 2

Tempat Pengumpulan

1. **Pihak Pertama** menyediakan tempat pengumpulan sampah medis yang dihasilkan atau dikirim dari tempat pelayanan kesehatan di Puskesmas
2. **Pihak Kedua** berkewajiban mengirimkan sampah medis yang dihasilkan dari pelayanan kesehatan ditempatnya ke Puskesmas setiap bulan sekali atau lebih sesuai jadwal yang ditentukan **Pihak Pertama**.
3. **Pihak Pertama** akan menimbang sampah medis yang dikirim oleh **Pihak Kedua**, dengan menggunakan timbangan milik **Pihak Pertama** yang dihasilkan dan dicatat oleh perwakilan **Para Pihak**.

Pasal 3

Biaya Jasa Pengelolaan

1. **Para Pihak** setuju bahwa yang dikenakan oleh **Pihak Pertama** kepada **Pihak Kedua** adalah Rp.

.....,00 setiap kilogram sampah medis.

2. Pembayaran dilaksanakan setelah diadakan penimbangan sampah medis dan diketahui jumlahnya kemudian diserahkan kepada **Pihak Pertama** secara tunai.

Pasal 4
Masa Berlaku

Perjanjian ini berlaku dari tanggal s/d sejak ditanda tangani dan disetujui oleh **Para Pihak**.

Demikian perjanjian ini dibuat, disetujui dan ditandatangani oleh Para Pihak pada tanggal dibuat rangkap 2 (dua) bermaterai cukup.

Pihak Pertama
Kepala Puskesmas
Kabupaten Sukoharjo

Pihak Kedua
(Pelayanan Kesehatan Swasta)

.....

.....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sukoharjo

Dr. Guntur Subyantoro
Pembina Tk.I
NIP. 19640205 198911 1 003

KOP KLINIK

SURAT PERNYATAAN PENGELOLAAN AIR LIMBAH

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Tempat Tanggal Lahir :

Alamat :

Jabatan di klinik :

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

Nama Klinik :

Alamat Klinik :

akan melaksanakan pengelolaan air limbah di sarana klinik sebagaimana tersebut di atas sesuai dengan peraturan yang berlaku, sehingga tidak mencemari lingkungan sekitar.

Apabila dikemudian hari kami tidak melaksanakan pengelolaan air limbah dengan baik dan berdasarkan pemeriksaan oleh pihak yang berwenang terbukti mencemari lingkungan sekitar, kami bersedia menerima sanksi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian surat ini saya buat dengan tidak ada unsur paksaan dari siapapun.

Semoga dapat dipergunakan semestinya.

Terima kasih

Sukoharjo,.....

Yang membuat pernyataan

materai Rp.6000,-

.....