K e p a d a

 Yth. Bapak Walikota Baubau

Perihal : **Permohonan Izin Rumah Sakit** Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal

 dan PTSP Kota Baubau

 di-

 Baubau

Yang bertanda tangan di bawah ini,

N a m a :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat :

 Telepon/Hp.

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Izin Rumah Sakit**, dengan data sebagai berikut:

Nama Rumah Sakit :

Alamat :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

|  |  |
| --- | --- |
| **No** | **Nama Dokumen** |
| **I** | **Pelayanan** |
|  | Dokumen *Self Assessment* Pelayanan |
| **II** | **Administrasi Umum** |
| A | Persyaratan Umum |
| 1 | Dokumen Sertifikat Badan Hukum Rumah Sakit |
| 2 | Dokumen Profil Rumah Sakit |
| 3 | Izin Mendirikan Bangunan (IMB)/Persetujuan Bangunan Gedung (PBG) dengan Fungsi Rumah Sakit/Surat Perjanjian Sewa Menyewa/Kontrak |
| 4 | Persetujuan Lingkungan |
| 5 | Kesesuaian Kegiatan Pemanfaatan Ruang (KKPR) |
| B | Persyaratan Izin Baru |
| 1 | Dokumen Persyaratan Umum point II.A |
| 2 | Dokumen komitmen untuk melakukan Akreditasi oleh Lembaga Akreditasi Rumah Sakit |
| 3 | Surat keterangan kesesuaian peruntukan lokasi dan lahan serta pertimbangan kebutuhan rumah sakit dari Dinas Kesehatan |
| C | Persyaratan Perpanjangan Izin |
| 1 | Dokumen Persyaratan Umum point II.A  |
| 2 | Dokumen Izin Berusaha Rumah Sakit yang masih berlaku |
| 3 | Dokumen Bukti Akreditasi |
| D | Persyaratan Perubahan Izin |
| 1 | Dokumen Persyaratan Umum point II.A  |
| 2 | Dokumen Izin Berusaha Rumah Sakit yang masih berlaku |
| 3 | Dokumen surat pernyataan penggantian badan hukum, nama Rumah Sakit, kepemilikian modal, jenis Rumah Sakit, klasifikasi Rumah Sakit, dan/atau alamat Rumah Sakit yang ditandatangani pemilik Rumah Sakit |
| 4 | Dokumen Perubahan NIB |
| **II** | **Teknis** |
| A | Persyaratan Izin Baru |
| 1 | Dokumen *Feasibility Study* (FS) |
| 2 | Dokumen Detail *Engineering Design* (DED) |
| 3 | *Master Plan* |
| 4 | Dokumen/bukti uji fungsi dan/atau uji coba untuk alat Kesehatan baru |
| 5 | Dokumen kalibrasi dan alat Kesehatan yang wajib kalibrasi |
| B | Persyaratan Perpanjangan Izin atau Perubahan Izin |
| 1 | *Master Plan* |
| 2 | Dokumen/bukti uji fungsi dan/atau uji coba untuk alat Kesehatan baru |
| 3 | Dokumen kalibrasi dan alat Kesehatan yang wajib kalibrasi |
| **III** | **Lokasi** |
| 1 | Informasi geotag Rumah Sakit |
| 2 | Surat Keterangan dari Dinas Pekerjaan Umum dan Penataan Ruang terkait keamanan dan keselamatan lahan |
| **IV** | **Bangunan, Prasarana dan Alat Kesehatan**  |
| 1 | Dokumen *self assessment* Bangunan dan Prasarana |
| 2 | Dokumen *self assessment* Alat Kesehatan |
| **No** | **Nama Dokumen** |
| 3 | Dokumen SK Tempat Tidur Rumah Sakit yang ditandatangani pimpinan Rumah Sakit, menjelaskan tentang :1. Total Tempat Tidur
2. Tempat Tidur Kelas Standar (Sesuai Kepesertaan JKN)
3. Tempat Tidur Rawat Inap (Selain Kepersertaan JKN)
4. Tempat Tidur Intensif
5. Tempat Tidur Isolasi
 |
| **V** | **Sumber Daya Manusia** |
| 1 | Dokumen Struktur Organisasi Rumah Sakit |
| 2 | Dokumen Self Assessment SDM |
| 3 | Dokumen SIP Semua Tenaga Kesehatan Rumah Sakit |

Adapun data yang dilampirkan sebagai dokumen permohonan **Izin Rumah Sakit** ini adalah **BENAR** dan **SAH**, apabila dikemudian hari ditemukan dokumen yang telah kami berikan tidak benar dan sah, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan ini kami buat, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

 Baubau, …………………………….. 20….

 Pemohon,

Materai

Rp. 10.000,-

 (………………………………………)

 Nama Lengkap

*Catatan :*

* *Pemohon tidak perlu menyetor dokumen fisik pada Dinas Penanaman Modal dan PTSP Kota Baubau, tim tehnis akan memverifikasi dokumen yang telah di unggah melalui aplikasi Online Single Submission (OSS);*
* *Apabila pemohon belum memahami proses registrasi dan pendaftaran permohonan izin melalui Aplikasi Online Single Submission (OSS), maka petugas front/back office akan melakukan pendampingan;*
* *Formulir permohonan dapat di download melalui* [*https://dpmptsp.baubaukota.go.id/page/layanan*](https://dpmptsp.baubaukota.go.id/page/layanan)*.*