

# FORMULIR

Nomor : -  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Izin Klinik

K e p a d a  
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal  
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
di -  
M a m u j u

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama / Badan Usaha : .....  
Nama Penanggung Jawab : .....  
Alamat Tempat Tinggal : .....  
Alamat Badan Usaha : .....  
N I B : .....  
NPWP : .....  
No Tlp,HP,Fax : .....  
Email : .....

Bersama ini kami upload dokumen Asli hasil scan pada website [www.dpmpmsp.mamujukab.go.id](http://www.dpmpmsp.mamujukab.go.id) dan memperlihatkan dokumen Asli untuk dilakukan verifikasi faktual sesuai dengan syarat-syarat serta petunjuk untuk mengajukan permohonan antara lain :

- a. Mengisi formulir permohonan
- b. Lampiran Nomor Induk Berusaha (NIB) dari OSS
- c. File scan Asli KTP
- d. File scan Asli NPWP (Keterangan Status Wajib Pajak dari Kementerian yang membidangi urusan keuangan melalui Direktorat Jenderal Pajak)
- e. File scan Asli Izin Usaha
- f. File scan Asli Akta Pendirian Klinik
- g. File scan Asli Profil klinik
- h. Bukti kepemilikan sarana (File scan Asli IMB dan File scan Asli Sertifikat Hak Milik)
- i. File scan Asli Rekomendasi Tim Teknis dari Dinas Kesehatan Kab.Mamuju
- j. File scan Asli Analisis Dampak laluLintas (ANDALALIN)
- k. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- l. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan
- m. File scan Asli surat pernyataan sebagai dokter penanggungjawab klinik
- n. File scan Asli surat pernyataan tidak terlibat pelanggaran dibidang obat
- o. File Pas foto ukuran 4x6 sebanyak 2 lembar

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih

Mamuju, 20  
Hormat Kami / Pemohon

Keterangan :

© : dilampirkan apabila terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah.

- File Scan Asli dalam bentuk PDF.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Dokter : .....  
Nomor STR : .....  
Nomor SIP : .....  
Alamat : .....  
Nama Klinik : .....  
Alamat : .....  
Email : .....

Dengan ini menyatakan bersedia bekerja sebagai dokter penanggung jawab pada klinik tersebut di atas dan menjadi dokter penanggung jawab klinik tidak lebih dari dua tempat.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenar – benarnya.

Mamuju,

Materai 6000,-

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : .....

Tempat tanggal lahir : .....

Jenis kelamin : .....

Alamat : .....

Email : .....

Adalah benar – benar tidak terlibat pelanggaran perundang-undangan di bidang obat.

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mamuju,

Materai 6000,-

(.....)