

FORMULIR

K e p a d a

Nomor

: -
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Pendirian
Balai Pengobatan

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 :
Pekerjaan :
Alamat Badan Usaha :
N I B :
NPWP :
No Tlp,HP,Fax :
Email :

Bersama ini kami upload dokumen Asli hasil scan pada website www.dpmpstsp.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 Denah lokasi dan ruangan
- f. File scan Asli Izin Usaha
- g. File scan Asli IMB
- h. File scan Asli Daftar tenaga kesehatan dan administrasi
- i. File scan Asli SIP Dokter
- j. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- k. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
- l. File scan Asli Dokumen profil Balai pengobatan
- m. File scan Asli Rekomendasi Tim Teknis dari Dinas Kesehatan Kab. Mamuju
- n. File Pas foto ukuran 3 x 4 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.