

FORMULIR

K e p a d a

Nomor

: -
 Lampiran : -
 Perihal : Permohonan Izin Penyelenggaraan
 Klinik Kecantikan/Salon

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.dpmpptsp.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 Izin Usaha
- d. File scan Asli IMB
- e. File scan Asli Dokumen AMDAL, UKL-UPL, SPPL
- f. File scan Asli Daftar tarif dan jenis pelayanan
- g. Penanggung jawab teknis medis melampirkan :
 - File scan Asli Surat pengangkatan sebagai penanggung jawab medik
 - File scan Asli Surat pernyataan bersedia menjadi penanggung jawab teknis
 - File scan Asli KTP
 - File scan Asli STR Dokter
 - File scan Asli SIP
- h. File scan Asli Daftar peralatan dan keterangan
- i. File scan Asli NPWP (Keterangan Status Wajib Pajak dari Kementerian yang membidangi urusan keuangan melalui Direktorat Jenderal Pajak)
- j. File scan Asli Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Mamuju
- k. File scan Asli Rekomendasi dari Dinas Pariwisata dan Kebudayaan Kab. Mamuju
- l. File scan Asli Rekomendasi BPJS Kesehatan
- m. File scan Asli Rekomendasi BPJS Ketenaga Kerjaan
- n. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- o. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
- p. File scan Asli Denah Ruang dan Bangunan

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.