KOP SURAT PERUSAHAAN

Nomor : ....................................

**Perihal : Permohonan Izin Penyelenggaraan/Operasional**

**Pusat Kesehatan Masyarakat (PUSKESMAS)**

Kepada Yth.

Kepala Dinas PMP2TSP Kabupaten Humbang Hasundutan

di-

**Doloksanggul**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ………………………………….............................………..

Jabatan : Kepala Puskesmas/Penanggung Jawab

Tempat / Tanggal Lahir : …………………………....………........................………..

Alamat : ……………………………………....……….............................………..

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Penyelenggaran/Operasional Pusat Kesehatan Masyarakat atas:

Nama : ………….....................…………………………………………........…………………..……………..

Alamat : ………….....................………………………………………….........…………………..…………….

Desa/Kel : ………….....................………………………………………….........…………………..…………….

Kecamatan : ………….....................………………………………………….........…………………..…………….

Kabupaten : Humbang Hasundutan

Email : ......................................................................................................................................................

No Telp/Hp : ......................................................................................................................................................

Kelas/Kategori : ......................................................................................................................................................

Terlampir kami sampaikan kelengkapan/persyaratan sebagai berikut :

**Persyaratan Umum :**

1. Surat permohonan bermaterai Rp. 10.000,-;
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk Penanggungjawab;
3. Fotokopi Surat Keputusan Pengangkatan Pejabat/Penanggungjawab;
4. Fotokopi sertifikat tanah atau bukti lain kepemilikan tanah yang sah.

**Persyaratan Teknis :**

1. Fotokopi IMB;
2. Dokumen pengelolaan lingkungan;
3. Surat Keputusan dari Bupati terkait kategori Puskesmas;
4. Study kelayakan untuk Puskesmas yang baru akan didirikan atau akan dikembangkan;
5. Profil Puskesmas yang meliputi aspek lokasi, bangunan, prasarana, peralatan kesehatan, ketenagaan dan pengorganisasian untuk Puskesmas yang mengajukan permohonan perpanjangan izin;
6. Izin Mendirikan Pusat Kesehatan Masyarakat

Demikian Surat Permohonanini kami perbuat dengan sebenarnya dan atas perhatian Bapak diucapkan terima kasih.

.................................,..................................20

Pemohon,

Materai

Rp. 10.000,-

...........................................................

Catatan 1. Pendaftaran Permohonan dilaksanakan melalui aplikasi <https://eperizinan.humbanghasundutankab.go.id>

2. Semua persyaratan diupload ke aplikasi dalam bentuk file PDF dan JPG.

3. Hardcopy permohonan dan persyaratan di sampaikan kepada Dinas PMP2TSP Kab. Humbang Hasundutan.