………………………..…………2022

|  |
| --- |
| **Kepada Yth :**  **Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu**  **Di**  **BANGKINANG** |

Nomor :

Lampiran : 1 (satu) berkas

Perihal : **Permohonan Izin RS/Klinik Hewan**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a :

Tempat, Tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulus :

Tempat Bekerja :

Alamat Tempat Kerja :

No. STR :

Dengan ini kami mengajukan permohonan Izin Praktek Perawat (SIP), sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Permohonan Kepada Kepala DPMPTSP ber Materai 10000
2. Fotocopy KTP Pemohon
3. Daftar SDM
4. Fotocopy Akta Pendirian Badan Usaha atau Badan Hukum
5. Surat bukti kepemilikan atau kontrak lahan dan Bangunan unit Pelayanan Kesehatan Hewan
6. Memiliki fasilitas untuk Ambulatori, Klinik Hewan, atau RSH (Foto)
7. Menggunakan dan/atau memperdagangkan obat hewan yang memiliki nomor pendaftaran untuk Ambulatori, Klinik Hewan, Puskeswan dan RSH (Foto)
8. Memenuhi Persyaratan Kesejahteraan Hewan (Foto)
9. Surat Izin yang Lama (Asli) untuk Perpanjangan
10. Rekomendasi Dinas Terkait
11. Rekomendasi Dinas Terkait
12. Pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 (2 Lembar)
13. Surat Kuasa (jika dikuasakan) dan Fotocopy KTP

Demikian permohonan ini kami sampaikan dan atas pertimbangannya kami ucapkan terima kasih.

|  |
| --- |
| Hormat Kami,  Materai  10000  **(**  **)** |
|  |

**PENYUSUNAN, PENETAPAN DAN PENERAPAN STANDAR PELAYANAN**

**SURAT IZIN RUMAH SAKIT / KLINIK HEWAN**

1. Persyaratan :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No | Uraian | ADA | TIDAK ADA | KET. |
| 1. | Surat permohonan Kepada Kepala DPMPTSP ber materai 10000 |  |  |  |
| 2. | Fotocopy KTP Pemilik Sarana / Pemohon |  |  |  |
| 3. | Daftar SDM |  |  |  |
| 4. | Fotocopy Akta Pendirian Badan Usaha atau Badan Hukum |  |  |  |
| 5. | Surat bukti kepemilikan atau kontrak lahan dan Bangunan unit Pelayanan Kesehatan Hewan |  |  |  |
| 6. | Memiliki fasilitas untuk Ambulatori, Klinik Hewan, atau RSH (Foto) |  |  |  |
| 7. | Menggunakan dan/atau memperdagangkan obat hewan yang memiliki nomor pendaftaran untuk Ambulatori, Klinik Hewan, Puskeswan dan RSH (Foto) |  |  |  |
| 8. | Memenuhi Persyaratan Kesejahteraan Hewan (Foto) |  |  |  |
| 9. | Surat Izin yang Lama (Asli) untuk Perpanjangan |  |  |  |
| 10. | Rekomendasi Dinas Terkait |  |  |  |
| 11. | Fotocopy NPWP |  |  |  |
| 12. | Pas Photo ukuran 3 x 4 (2 lembar) berwarna |  |  |  |
| 13. | Surat Kuasa (jika dikuasakan) dan Fotocopy KTP |  |  |  |



1. Sistem, mekanisme, dan prosedur : [Terlampir](https://dpmptsp.kamparkab.go.id/public/dokumen/2022/13/08abd2166595a5990ab98a16f711d68b.pdf) atau scan QR Code ini ➜
2. Jangka waktu pelayanan : 5 (lima) hari kerja
3. Biaya/tarif : Rp. 0 (Nol Rupiah)
4. Produk layanan:Diterbitkannya Surat Izin Rumah Sakit / Klinik Hewan
5. Penanganan pengaduan, saran & masukan :
6. Kotak Pengaduan (Drop Box)
7. E-mail : [dpmptsp@kamparkab.go.id](mailto:dpmptsp@kamparkab.go.id); Wesite : [dpmptsp.kamparkab.go.id](https://dpmptsp.kamparkab.go.id/);
8. Span Lapor : [www.lapor.go.id/](http://www.lapor.go.id/)
9. Pengaduan dan kuesioner online [https;//dpmptsp.kamparkab.go.id/pages/bidang-pengaduan](https://dpmptsp.kamparkab.go.id/pages/bidang-pengaduan)
10. Telpon/Whatsapp dengan nomor 0812-7646-0487
11. Survei Kepuasan Masyarakat (SKM) Manual/elektronik

Jenis Permohonan : Baru Perpanjangan

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Verifikator** | | |
| **FRONT OFFICE** | **BACK OFFICE** | **PEJABAT FUNGSIONAL PELAYANAN PERIZINAN** |
| (……………………..)  Tanggal : | (……………………….)  Tanggal : | (………………………..)  Tanggal : |
| Catatan Kekurangan Berkas : | | |