

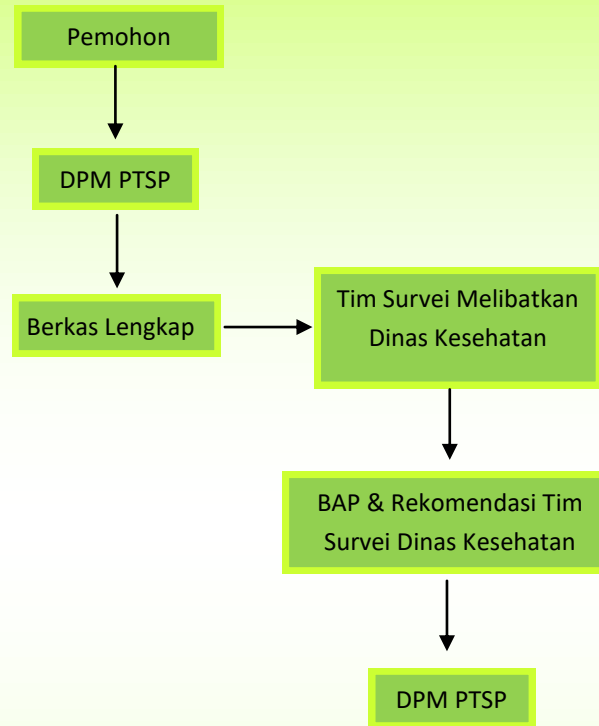
SYARAT REKOMENDASI IZIN PEDAGANG ECERAN OBAT

1. Fotokopi ijazah Asisten Apoteker
2. Fotokopi KTP
3. Fotokopi STRTTK Asisten Apoteker
4. Fotokopi peta lokasi dan denah bangunan
5. Surat pernyataan kesediaan bekerja asisten apoteker sebagai penanggungjawab teknis
6. Pas foto asisten apoteker berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 lembar

SANKSI TERHADAP PELANGARAN KETENTUAN PERATURAN PERUNDANG- UNDANGAN

1. Teguran lisan
2. Teguran tertulis
3. Penghentian sementara kegiatan
4. Pencabutan izin Penyelenggaraan

ALUR PELAYANAN REKOMENDASI PERIZINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN



DINAS KESEHATAN KABUPATEN PESAWARAN

REKOMENDASI PERIZINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

1. REKOMENDASI IZIN APOTEK
2. REKOMENDASI IZIN TOKO ALAT KESEHATAN
3. REKOMENDASI IZIN MENDIRIKAN KLINIK
4. REKOMENDASI IZIN OPERASIONAL KLINIK
5. REKOMENDASI IZIN PEDAGANG ECERAN OBAT
6. REKOMENDASI IZIN PENYELENGGARAAN OPTIKAL

MAKLUMAT PELAYANAN

Dengan ini kami menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai dengan standar pelayanan yang telah ditetapkan dan apabila tidak menepati, kami siap menerima sanksi sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Pesawaran

dr. Media Apriliana, MKM

Nomor Pengaduan : (0721) 8032004

SYARAT REKOMENDASI IZIN APOTEK

1. Fotokopi STRA dengan menunjukkan STRA asli
2. Fotokopi KTP
3. Fotokopi NPWP Apoteker
4. Fotokopi peta lokasi dan denah bangunan
5. Daftar sarana, prasarana, dan peralatan

SYARAT REKOMENDASI IZIN PENYELENGGARAAN OPTIKAL

1. Fotokopi KTP pemohon
2. Fotokopi NPWP
3. Pernyataan ketersediaan refraksionis optisien atau optometris untuk menjadi penanggungjawab pada optikal yang akan didirikan
4. Fotokopi STR Refraksionis Optisien atau Optometris
5. Fotokopi SIP atau SIP dalam proses penerbitan izin dari instansi yang berwenang menerbitkan SIP

SYARAT REKOMENDASI IZIN MEDIRIKAN KLINIK

1. Identitas Pemohon
2. Fotokopi Pendirian Badan Hukum atau badan usaha, kecuali milik perseorangan
3. Fotokopi yang sah sertifikat tanah. atau bukti surat kontrak minimal 5 tahun
4. Dokumen SPPL untuk Klinik Rawat Jalan atau dokumen UKL-UPL untuk Klinik Rawat Inap
5. Profil Klinik : pengorganisasian, lokasi, bangunan, prasarana, ketenagaan, peralatan, kefarmasian, laboratorium, serta pelayanan yang diberikan
6. Persyaratan lain sesuai peraturan daerah setempat



SYARAT REKOMENDASI IZIN OPERASIONAL KLINIK

1. Izin mendirikan Klinik
2. Profil Klinik yang didirikan meliputi :
 - Pengorganisasian
 - Lokasi
 - Bangunan
 - Prasarana
 - Ketenagaan
 - Peralatan
 - Kefarmasian
 - Laboratorium
 - Pelayanan yang diberikan

SYARAT REKOMENDASI IZIN TOKO ALAT KESEHATAN

1. Berbentuk badan usaha atau perorangan yang telah memperoleh izin usaha sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan
2. Memiliki toko dengan status milik sendiri, kontrak atau milik sendiri, kontrak atau sewa paling singkat 2 tahun
3. Daftar alat kesehatan yang disalurkan
4. Denah lokasi
5. Berita acara pemeriksaan