



**PEMERINTAH KOTA LHOKEUMAWE**  
**DINAS KESEHATAN**

Jalan Sultanah Nahrasiyah Kota Lhokseumawe Kode Pos 24351  
Telepon (0645) 43790 Faksimile (0645) 630491

**PERSYARATAN REKOMENDASI**  
**IZIN OPERASIONAL KLINIK**

<b>PERSYARATAN IZIN MENDIRIKAN KLINIK / OPERASIONAL KLINIK, SESUAI PMK NOMOR 9 TAHUN 2014 TENTANG KLINIK</b>		<b>Check List</b>
1.	Surat Permohonan Rekomendasi Izin Mendirikan / Operasional yang ditujukan kepada Kepala Dinas Kesehatan	
2.	Identitas Lengkap Pemohon	
3.	Fotocopi Pendirian Badan Hukum atau Badan Usaha , kecuali untuk kepemilikan perorangan	
4.	Fotocopi yang sah sertifikat tanah, bukti kepemilikan lain yang disahkan oleh notaris, atau bukti surat kontrak minimal untuk jangka waktu 5 (lima) tahun	
5.	Dokumen SPPL untuk Klinik Rawat Jalan, atau dokumen UKL, UPL Untuk Klinik rawat Inap	
6.	Profil Klinik meliputi : -Pengorganisasian -Lokasi -Bangunan - Prasarana -Ketenagaan -Peralatan -Kefarmasian -Laboratorium - serta Pelayanan yang diberikan	
7.	Tidak Dipungut Biaya Administrasi	