



Dinas Kesehatan

JL. PROKLAMASI NOMOR 16 52111 353351

dinkes.tegalkota.go.id

Pemerintah Kota Tegal / Dinas Kesehatan

Pelayanan Rekomendasi Klinik Pratama

No. SK :

Persyaratan

1. Foto copy KTP Pemohon
2. Foto copy NPWP
3. Foto copy Laik Sehat yang masih berlaku
4. Foto copy SPPL/ AMDAL / UKL-UPL
5. Surat Pernyataan Bermaterai Tidak Melakukan Operasi
6. Struktur Organisasi Daftar Ketenagaan (Medis dan Non Medis)
7. Foto copy Surat Izin Praktek Tenaga Kesehatan (Minimal) a. 1 orang Dokter sebagai Penanggungjawab Klinik (Sekaligus sebagai Dokter Pelayanan) b. 1 orang Dokter sebagai Pemberi Pelayanan c. 1 orang Apoteker sebagai Penanggungjawab (bagi Klinik yang melaksanakan Pelayanan Kefarmasian) d. Tenaga Medis Perawat/Bidan/atau Tenaga Kesehatan lainnya sesuai Jenis Pelayanan Kesehatan yang ada di Klinik
8. Denah Klinik (ruang pendaftaran/ruang tunggu, ruang administrasi, ruang tindakan/ruang pemeriksaan, Pojok ASI, Toilet pasien, ruang obat dan bahan habis pakai bagi Klinik yang melaksanakan kefarmasian
9. Surat Keterangan Prasarana Klinik Yang ada (APAR, Tabung O2, Instalasi Listrik termasuk ketersediaan Genset)

Sistem, Mekanisme dan Prosedur

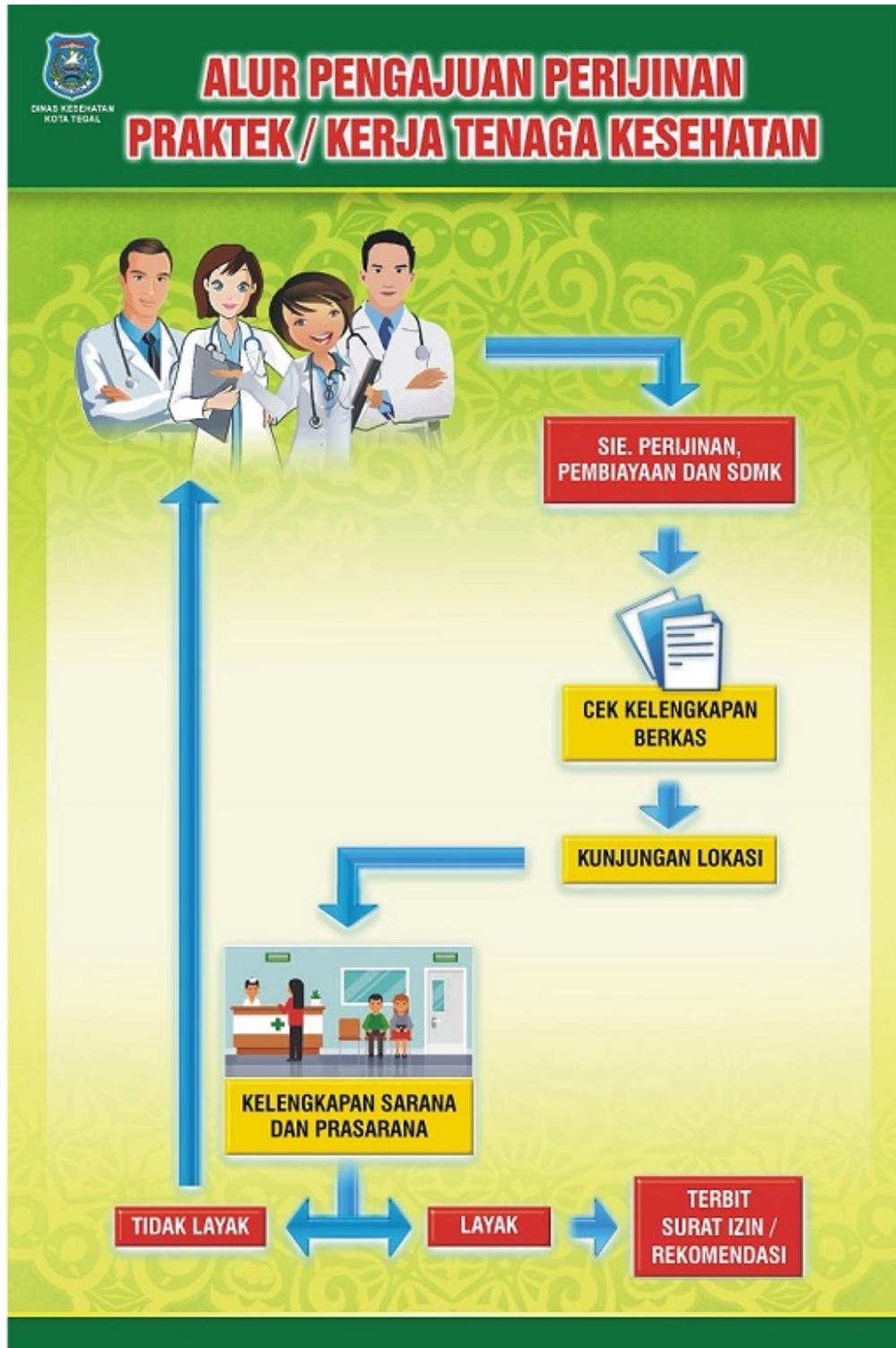


Dinas Kesehatan

JL. PROKLAMASI NOMOR 16 52111 353351

dinkes.tegalkota.go.id

Pemerintah Kota Tegal / Dinas Kesehatan



1. Pemohon a. Meminta informasi persyaratan dan formulir permohonan kepada Petugas b. Melengkapi persyaratan permohonan c. Mendaftarkan berkas permohonan kepada Petugas

2. Petugas pendaftaran a. Menerima dan mengecek kelengkapan berkas permohonan, apabila terdapat kekurangan persyaratan maka tidak dapat diterima dan dikembalikan kepada pemohon untuk dilengkapi, apabila sudah lengkap maka diberikan resi. b. Petugas mengagendakan jadwal kunjungan informasi pelayanan publik ini diambil dari sippn.menpan.go.id pada Jumat, 26 Jul 2024 pukul 14:31. Klik [di sini](#) untuk melihat halaman asli. dan menyiapkan berkas kunjungan

3. Kunjungan ke Lokasi Pemohon a. Melihat dan memeriksa sarana dan prasarana yang ada, apakah



Dinas Kesehatan

JL. PROKLAMASI NOMOR 16 52111 353351

dinkes.tegalkota.go.id

Pemerintah Kota Tegal / Dinas Kesehatan

Waktu Penyelesaian

14 Hari

Biaya / Tarif

Tidak dipungut biaya

Produk Pelayanan

1. Rekomendasi Klinik Pratama

Pengaduan Layanan

1. Pengaduan langsung dapat dilakukan melalui petugas pendaftaran
2. Melalui Telp. (0283) 353351 Fax. (0283) 353351
3. Email : jkm.dinkeskotategal@gmail.com
4. Website : dinkes.tegalkota.go.id
5. Melalui kotak saran
6. Mengirim surat