



## Dinas Kesehatan

JL. PROKLAMASI NOMOR 16 52111 353351

[dinkes.tegalkota.go.id](http://dinkes.tegalkota.go.id)

Pemerintah Kota Tegal / Dinas Kesehatan

# Pelayanan Rekomendasi Klinik Utama

No. SK :

## Persyaratan

1. Fotocopy KTP Pemohon
2. Fotocopy NPWP
3. Fotocopy Laik Sehat yang masih berlaku
4. Fotocopy SPPL
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 Spesialis sebagai Penanggungjawab Klinik 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, ruang obat, pojok ASI, toilet pasien)
9. Surat Keterangan Prasarana Klinik yang ada (APAR, Tabung O2, Instalasi Listrik termasuk ketersediaan Genset)

## Sistem, Mekanisme dan Prosedur

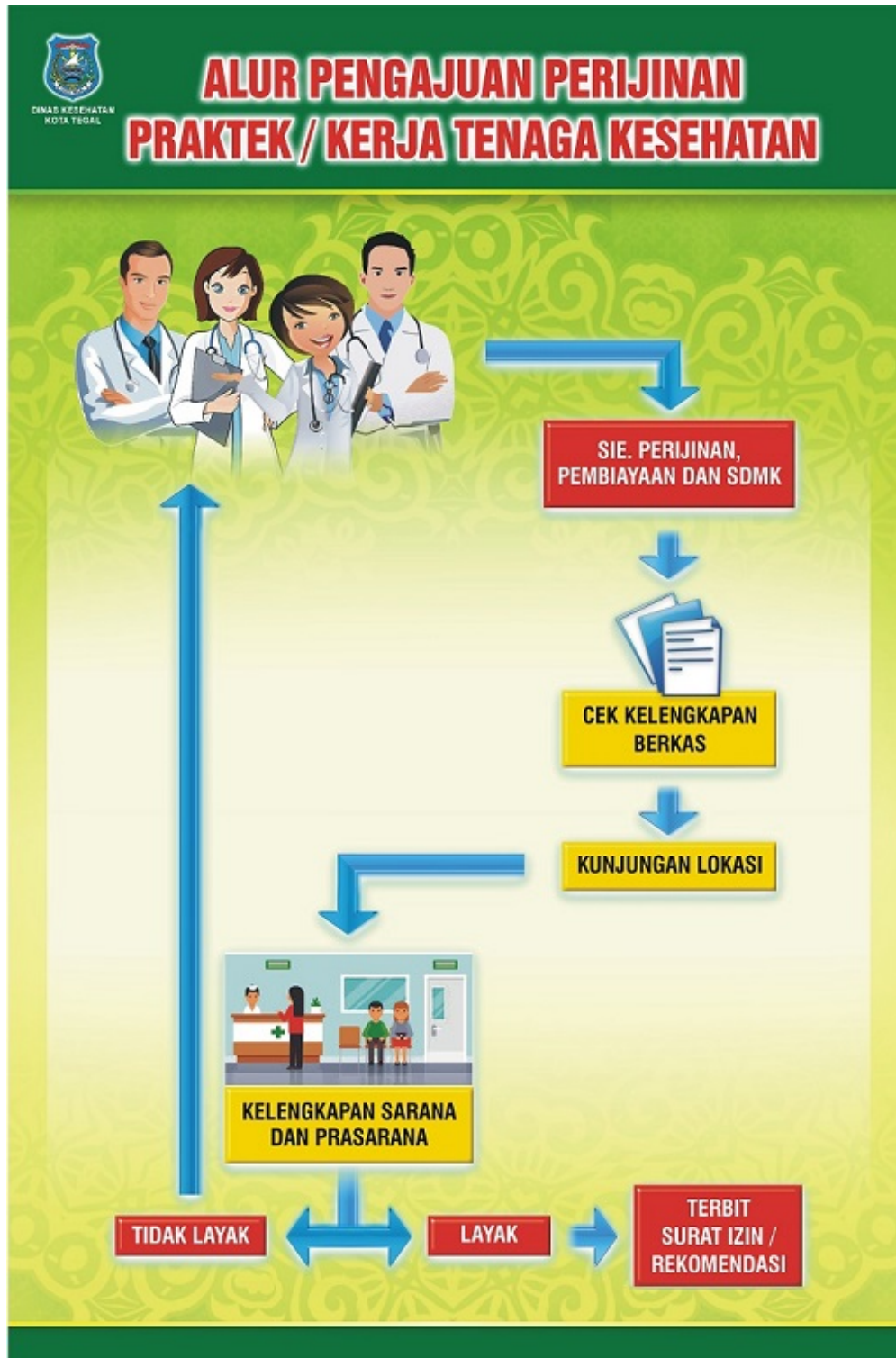


## Dinas Kesehatan

JL. PROKLAMASI NOMOR 16 52111 353351

[dinkes.tegalkota.go.id](http://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](http://sippn.menpan.go.id) pada Jumat, 26 Jul 2024 pukul 14:20. 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](http://dinkes.tegalkota.go.id)

Pemerintah Kota Tegal / Dinas Kesehatan

### Waktu Penyelesaian

14 Hari

### Biaya / Tarif

Tidak dipungut biaya

### Produk Pelayanan

1. Rekomendasi Klinik Utama

### Pengaduan Layanan

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