



Dinas Kesehatan

JL. PROKLAMASI NOMOR 16 52111 353351

dinkes.tegalkota.go.id

Pemerintah Kota Tegal / Dinas Kesehatan

Pelayanan Rekomendasi Pendirian Optik

No. SK :

Persyaratan

1. Fotocopy KTP Pemohon
2. Fotocopy NPWP
3. Fotocopy Laik Sehat yang masih berlaku
4. Fotocopy Surat Izin Praktik Refraksionis Optision
5. Surat pernyataan bekerjasama dengan Laboratorium Optik
6. Denah Optik
7. Surat Keterangan sebagai Penanggungjawab
8. Surat Keterangan Prasarana yang ada
9. Kerjasama Limbah

Sistem, Mekanisme dan Prosedur

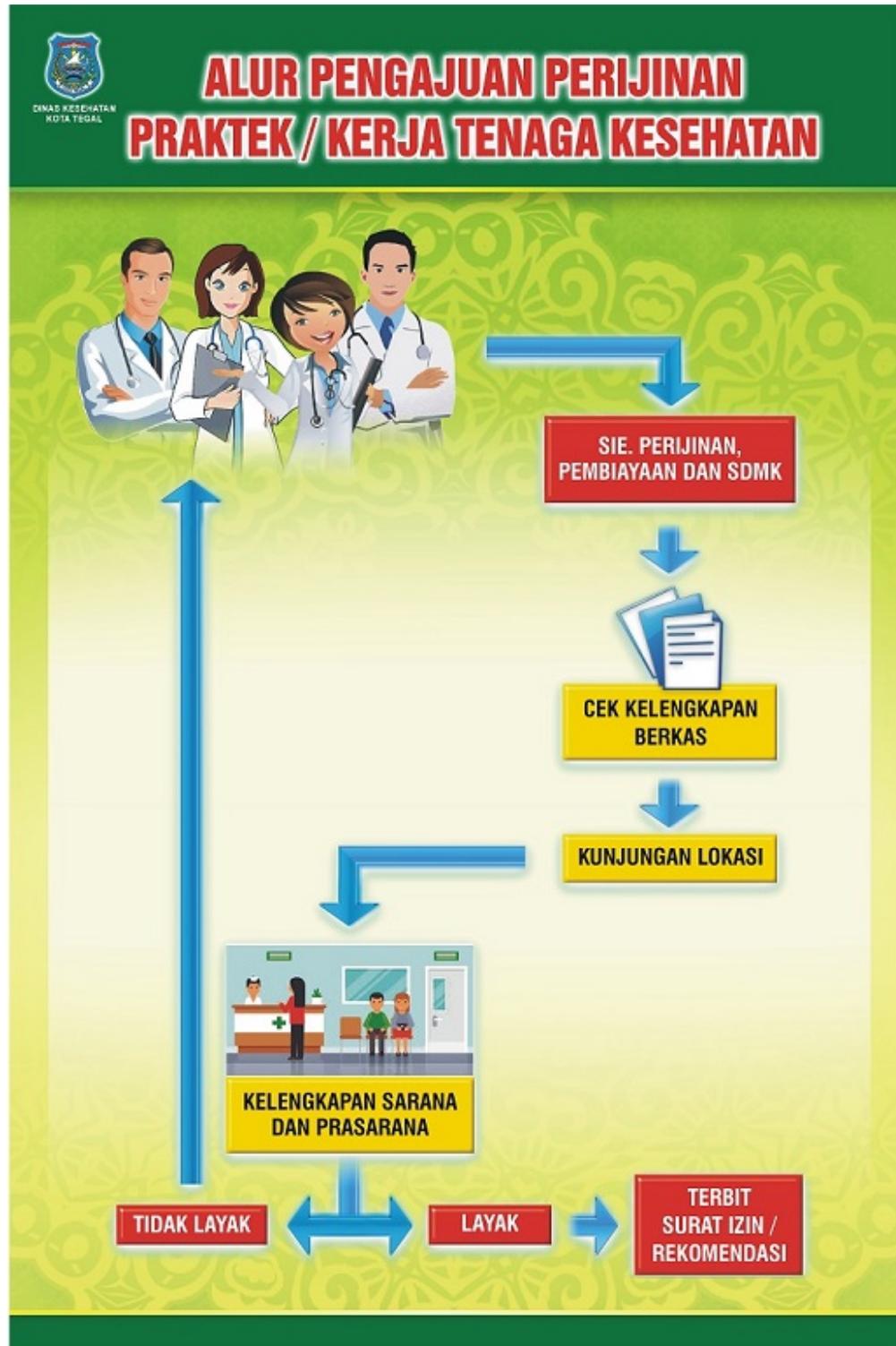


Dinas Kesehatan

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 14:24. 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 Pendirian Optik

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