

Perihal : Permohonan Izin Klinik Kecantikan Estetika

KepadaYth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Bandar Lampung
Di-
Bandar Lampung

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Alamat :
.....

Dengan ini kami sampaikan permohonan izin untuk mendirikan Klinik Kecantikan Estetika dengan tipe.....

Nama : Klinik Kecantikan Estetika
Alamat : Jalan
Kelurahan
Kecamatan
Nama Kota
Telepon / Hp

Penanggung Jawab Teknis :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy akte pendirian Klinik Kecantikan Estetika berbadan hukum/fotocopy kartu identitas diri (KTP) pemohon (kepemilikan perorangan)
2. Fotocopy NPWP, PBB
3. Fotocopy sertifikat tanah dan IMB tempat usaha
4. Fotocopy surat persetujuan tetangga
5. Fotocopy perjanjian pemusnahan/pengelolaan limbah medis dengan tempat yang memiliki pengolahan limbah medic yang memenuhi syarat
6. Fotocopy surat perjanjian sewa menyewa (minimal 2 tahun)
7. Status kepemilikan tanah/bangunan apabila menyewa minimal 2 tahun
8. Profil klinik kecantikan yang didirikan meliputi :
Struktur organisasi kepengurusan
Daftar tenaga kesehatan dan tenaga lain yang ada
Sarana dan prasarana yang ada
Daftar peralatan
Daftar tarif dan jenis pelayanan yang diberikan
9. Surat pengantar rekomendasi dari organisasi IKKELA
10. Surat pengangkatan sebagai penanggung jawab teknis medis
11. Surat pernyataan bersedia sebagai Penanggungjawab Teknis Medis
12. Fotocopy KTP, STR, SIP, sertifikasi pendidikan dan pelatihan ilmu kecantikan / estetika medik minimal 96 jam yang masih berlaku (5 tahun terakhir) dari dokter penanggung jawab teknis medis
13. Surat pernyataan bersedia mentaati peraturan yang berlaku yang ditandatangani oleh pemilik dan penanggung jawab teknis medis.
14. Surat pernyataan kesanggupan dari masing-masing tenaga pelaksana

- 15. Fotocopy KTP, STR, SIP, sertifikasi pendidikan dan pelatihan ilmu kecantikan / estetika medik minimal 96 jam yang masih berlaku (5 tahun terakhir) dari dokter/ dokter gigi yang ada
- 16. Fotocopy KTP, STR, SIP, dari dokter spesialis/ dokter gigi spesialis yang ada
- 17. Fotocopi SIP dan SIK perawat yang ada
- 18. Fotocopy sertifikat dan Surat Izin kerja sebagai junior beautician atau senior beautician atau cosmetologist
- 19. Surat pengangkatan apoteker sebagai penanggung jawab sarana farmasi, Fotocopy KTP apoteker STRA, SIPA da surat pernyataan apoteker hanya melayani resep asal dalam klinik dan tidak melayani resep asal luar klinik serta tidak melayani obat-obatan golongan narkotika
- 20. Fotocopy STR-TTK (Surat tanda Registrasi Tenaga Teknis Kefarmasian) dan SIK-TTK (Surat Izin Kerja Tenaga Teknis Kefarmasian)
- 21. Peta lokasi dengan situasi sekitarnya dan denah bangunan/ruangan
- 22. Daftar obat kosmetik, obat-obatan dan implant yang digunakan
- 23. SOP (Standart Opersional Prosedur) yang ditandatangani oleh penanggung jawab teknis medis
- 24. Blanko inform consent dan rekam medis
- 25. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan

Demikian, permohonan ini dibuat dengan harapan dapat disetujui

Bandar Lampung,

Pemohon

Materai Rp. 6.000

(.....)

* Coret yang tidak perlu