

20. FORMULIR PERMOHONAN IZIN KLINIK

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Permohonan Izin Klinik

Kepada Yth
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Sukabumi
di
Sukabumi

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat/Tanggal Lahir :
Pekerjaan :
Alamat :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk memperoleh Surat Izin Klinik :

Nama Usaha :
Alamat Usaha :
Nama dokter penanggungjawab :
Nama Pimpinan Paramedis :
Pemilik Sarana :
Nomor Akte Perjanjian Kerjasama :
Nomor Telp/ Fax :
No. KTP :

Dengan ini mengajukan permohonan Izin untuk :

a. Usaha Baru :
b. Perpanjangan Izin Nomor : Tanggal
c. Lain-lain :

Demikianlah Permohonan ini saya ajukan kepada Bapak, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Sukabumi,.....

Pemohon,



(.....)

