

Nomor :
 Lampiran :
 Perihal : Permohonan Izin Rumah Sakit Tipe C dan Tipe D

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 Rumah Sakit Tipe C dan Tipe D:

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,



(.....)

