

Formulir 1

Nomor :
Lampiran : lembar
Perihal : Permohonan Izin Penyalur Alat Kesehatan.

**Kepada Yth,
Direktur Jenderal
Kementerian Kesehatan RI
Jl. HR Rasuna Said Blok X5 Kav. 4-9
di -
JAKARTA.**

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Penyalur Alat Kesehatan dengan data-data sebagai berikut

1. Pemohon
 - a. Nama Pemohon :
 - b. Alamat dan Nomor Telpon :

2. Perusahaan
 - a. Nama badan hukum :
 - b. Alamat Kantor dan Nomor Telepon :
 - c. Alamat Gudang dan Nomor Telpon :
 - d. Alamat Bengkel / Workshop :
 - Nomor Telepon :
 - e. Akte Notaris Pendirian Perusahaan yang telah disahkan oleh Kementerian Hukum dan HAM (terlampir):
 - f. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :
 - g. Nomor Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) :
 - h. Pimpinan Perusahaan :
 - (Daftar nama Direksi & Dewan Komisaris terlampir)

3. Penanggung Jawab Teknis :
 - a. Nama :
 - b. Ijazah :
 - c. Surat Perjanjian Kerja sebagai Penanggung Jawab Teknis (terlampir) :
 - d. Sertifikat penunjang :

4. Tenaga Teknisi:
 - a. Nama :
 - b. Ijazah :
 - c. Sertifikat Penunjang PJT :

5. Lampiran berupa:

- a. Peta Lokasi & Denah Bangunan :
- b. Jenis/macam alat kesehatan
yang akan diedarkan :

Demikianlah permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan Bapak kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon,

Materai

(.....)

Tembusan Kepada Yth;

- 1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
- 2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN
SARANA PENYALUR ALAT KESEHATAN**

DINAS KESEHATAN.....

NOMOR

Pada hari ini tanggal Bulan tahun kami yang bertanda tangan dibawah ini sesuai dengan Surat Perintah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi telah melakukan pemeriksaan setempat terhadap

- | | | | |
|----|---------------------------------|---|-------|
| 1. | Nama Badan hukum | : | ..... |
| 2. | Nama Pimpinan Perusahaan | : | ..... |
| 3. | NPWP | : | ..... |
| 4. | Alamat & Nomor Telp. Perusahaan | : | ..... |
| 5. | Alamat Gudang | : | ..... |
| 6. | Alamat Bengkel/Workshop | : | ..... |

Pemeriksaan ini dilakukan adalah sebagai persyaratan untuk memperoleh Izin Penyalur Alat Kesehatan dengan hasil sebagai berikut:

I. LOKASI PENYALUR ALAT KESEHATAN

- | | | | | | | |
|----|--------------------------------------|---|----------------------|-----|---------------|-----|
| 1. | Lokasi Penyalur | : | Kawasan Industri | () | Pemukiman | () |
| 2. | Bangunan terdiri dari | : | Permanen | () | Semi Permanen | () |
| 3. | a. Ruang Kantor | : | Ada | () | Tidak | () |
| | a. Luas | : | m ² | | | |
| 4. | a. Ruang Gudang | : | Ada | () | Tidak | () |
| | b. Luas | : | m ² | | | |
| 5. | a. Bengkel/ workshop | : | Ada | () | Tidak | () |
| | (Khusus Alat kesehatan Elektromedik) | | | | | |
| | b. Luas | : | m ² | | | |
| 6. | Fasilitas-fasilitas | | | | | |
| | 6.1. Penerangan | : | Baik | () | Cukup | () |
| | 6.2. Ventilasi | : | Baik | () | Cukup | () |
| | 6.3. Pengatur Suhu | : | ..... |  |  |  |
| | 6.4. Alat Pemadam Kebakaran: | : | ..... |  |  |  |
| | 6.5. Sumber Air | : | ..... |  |  |  |

II. GUDANG PENYIMPANAN

- | | | | |
|----|---|---|-------|
| 1. | Jumlah Gudang tempat penyimpanan | : | ..... |
| 2. | Ruang Penyimpanan satu bangunan dengan ruangan administrasi | : | ..... |
| 3. | Ruang Penyimpanan alat kesehatan terpisah dari barang lain. | : | ..... |

III. BENGKEL WORKSHOP (Khusus Alat kesehatan Elektromedik)

1. Perlengkapan Bengkel : Tidak memadai () Cukup () Baik ()
2. Suku Cadang
(Sesuai Alat kesehatan yang disalurkan) : Ya () Tidak ()
3. Ruang bengkel terpisah dari Ruang Kantor : Ya () Tidak ()

IV. KARYAWAN

1. Penanggung Jawab Teknis
 - 1.1. Nama :
 - 1.2. Ijazah yang dimiliki :
 - 1.3. Sertifikat penunjang sesuai dengan keterampilan dan pengalaman dalam mengelola Alat kesehatan yang diedarkan
2. Tenaga Teknis (Khusus Penyalur Alat Kesehatan yang menyalurkan Alat kesehatan Elektromedik)
 - 2.1. Jumlah Tenaga Teknisi : Orang

Nama	Keahlian
1.	1.
2.	2.
3.	3.
3. Jumlah dan jenis pendidikan karyawan :

V. ADMINISTRASI

1. Surat Permohonan : Ada () Tidak ()
2. Salinan Akte Notaris : Ada () Tidak ()
3. SIUP : Ada () Tidak ()
4. Izin HO/UUG : Ada () Tidak ()
5. Peta Lokasi : Ada () Tidak ()
6. Denah bangunan perusahaan : Ada () Tidak ()
7. Perlengkapan Administrasi
 - 8.1. Kartu Persediaan: Ada () Tidak ()
 - 8.2. Kartu Pembelian : Ada () Tidak ()
 - 8.3. Kartu Gudang : Ada () Tidak ()
 - 8.4. Kartu Barang : Ada () Tidak ()
 - 8.5. Kartu Penjualan : Ada () Tidak ()
8. Jenis/macam Alat kesehatan yang akan diedarkan :

Mengetahui,
Pimpinan/Direktur
Perusahaan

Petugas Pemeriksa
Nama NIP Tanda Tangan

1.

2.

3.

.....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan

(.....)

NIP.

Catatan : Jika memenuhi syarat setiap lembar lampiran peta lokasi, denah bangunan, peralatan, agar dilegalisir Dinas Kesehatan

DINAS KESEHATAN PROVINSI

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Laporan Hasil Pemeriksaan
Penyalur Alat Kesehatan.

Kepada Yth.
Direktur Jenderal
Kementerian Kesehatan RI
di-
JAKARTA

Sehubungan dengan surat permohonan dari Nomor
..... tanggal perihal seperti pada pokok surat di
atas, maka bersama ini kami laporkan:

Sesuai dengan Berita Acara Pemeriksaan Tim Pemeriksaan Bersama ke
Alamat Kantor, dan Gudang jalan
..... maka perusahaan tersebut telah/tidak (*)
memenuhi persyaratan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan
Nomor 1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat
Kesehatan.

Bersama ini turut kami lampirkan:

1. Salinan/copy surat permohonan yang bersangkutan beserta
lampiran-lampirannya.
2. Berita Acara Pemeriksaan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
.....

(.....)
NIP.

(*) coret yang tidak perlu

Tembusan Kepada Yth,

1. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di
2. Direktur.....di

Formulir 4

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Pernyataan Siap Beroperasi Penyalur
Alat Kesehatan

Kepada Yth.
Direktur Jenderal
Kementerian Kesehatan RI
di
JAKARTA

Dengan Hormat,

Menunjuk surat permohonan kami nomor Tanggal
..... dan menunjuk ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor
1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan,
dengan ini kami laporkan bahwa Perusahaan kami telah siap
melaksanakan kegiatan Penyalur Alat Kesehatan
yang beralamat di jalan

Demikianlah untuk diketahui dan atas perhatiannya diucapkan terima
kasih.

Direktur/Pimpinan Perusahaan

(.....)

Tembusan Kepada Yth.:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi.....
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL**

.....

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Penundaan Izin Penyalur Alat Kesehatan.

Kepada Yth.

.....

.....

di-

.....

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor tanggal perihal permohonan Izin Penyalur Alat Kesehatan, maka dengan ini diberitahukan bahwa kami belum dapat menyetujui permohonan tersebut, mengingat:

1.
2.
3.

Selanjutnya kepada Saudara kami minta melengkapi kekurangan data tersebut selambat-lambatnya dalam waktu 1 (satu) bulan sejak tanggal surat ini.

Demikianlah untuk dimaklumi.

Direktur Jenderal

(.....)
NIP.

Tembusan Kepada Yth,:

1. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR :

TENTANG
IZIN PENYALUR ALAT KESEHATAN

DIREKTUR JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MEMBACA : 1. Surat permohonan (nama badan hukum) No..... tanggal perihal Permohonan Izin Penyalur Alat Kesehatan.
2. Berita acara Pemeriksaan Sarana Penyalur Alat Kesehatan Dinas Kesehatan Provinsi Nomor tanggal.....
3. Rekomendasi Dinas Kesehatan ProvinsiNo. tanggalperihal Izin usaha penyalur alat kesehatan (nama badan hukum).....

MENIMBANG Bahwa permohonan (nama badan hukum)..... tersebut telah memenuhi persyaratan dan dapat disetujui, oleh karena itu dianggap perlu menerbitkan Izin Penyalur Alat Kesehatan untuk yang bersangkutan.

MENGINGAT : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :

Pertama : Memberikan Izin Penyalur Alat Kesehatan kepada :

Nama Perusahaan :
NPWP :
Alamat Perusahaan :
Nama Direktur/Pimpinan :
Nama Penanggung Jawab Teknis :
Alamat Gudang :
Alamat :
Bengkel/Workshop

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Harus selalu diawasi oleh Penanggung Jawab Teknis yang namanya tercantum pada surat keputusan ini.
2. Harus mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Melaksanakan dokumentasi pengadaan, penyimpanan dan penyaluran alat kesehatan dengan sebaik-baiknya sesuai ketentuan yang berlaku.

4. Izin Penyalur Alat Kesehatan berlaku untuk seterusnya selama perusahaan Penyalur Alat Kesehatan yang bersangkutan masih aktif melakukan kegiatan usahanya dan berlaku untuk seluruh Wilayah Republik Indonesia.

Kedua : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan bahwa akan diadakan peninjauan atau perubahan sebagaimana mestinya apabila terdapat kekurangan atau kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di : J a k a r t a

Pada tanggal : _____

DIREKTUR JENDERAL,

.....

NIP.

Salinan Keputusan ini disampaikan kepada Yth.:

1. Menteri Kesehatan RI (sebagai laporan)
2. Direktorat Jenderal Perdagangan Dalam Negeri di Jakarta
3. Direktorat Jenderal Bea dan Cukai di Jakarta
4. Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
5. Gabungan Pengusaha Alat Kesehatan dan Laboratorium Indonesia di Jakarta

**KEPUTUSAN DIREKTUR JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR :
TENTANG
PENCABUTAN IZIN PENYALUR ALAT KESEHATAN**

**DIREKTUR JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Membaca : Surat Kepala Dinas Kesehatan Provinsi nomor
..... tanggal perihal usul pencabutan Izin
Penyalur Alat Kesehatan atas nama

Menimbang : Bahwa telah melakukan pelanggaran-pelanggaran:
1.
2.
3.

Mengingat : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor
1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :
KESATU : Mencabut Surat Keputusan Direktur Jenderal Nomor
..... tanggal Tentang Pemberian Izin Penyalur Alat
Kesehatan kepada
KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di JAKARTA
Pada tanggal

DIREKTUR JENDERAL,

.....
NIP.

Tembusan Kepada Yth.

1. Menteri Kesehatan RI.
2. Direktur Jenderal Perdagangan Dalam Negeri di Jakarta.
3. Direktorat Jenderal Bea dan Cukai di Jakarta.
4. Dinas Kesehatan Provinsi
5. Gabungan Pengusaha Alat Kesehatan dan Laboratorium Indonesia di Jakarta.

Nomor :
Lampiran : lembar
Perihal : Permohonan Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan.

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi
di -
.....

Bersama ini kami mengajukan permohonan untuk mendapatkan izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan dengan data-data sebagai berikut :

1. Pemohon
 - a. Nama Pemohon :
 - b. Alamat dan Nomor Telpon :

2. Perusahaan
 - a. Nama badan hukum :
 - b. Alamat Kantor dan Nomor Telepon :
 - c. Alamat Gudang dan Nomor Telpon :
 - d. Alamat Bengkel / Workshop dan Nomor Telpon :
 - e. Akte Notaris Pendirian Perusahaan yang telah disahkan oleh Kementerian Hukum dan HAM (terlampir) :
 - f. Nomor Pokok Wajib Pajak (NPWP) :
 - g. Nomor Surat Izin Usaha Perdagangan (SIUP) :
 - h. Pimpinan Perusahaan (Daftar nama Direksi & Dewan Komisaris terlampir) :

3. Penanggung Jawab Teknis
 - a. Nama :
 - b. Ijazah :
 - c. Surat Perjanjian Kerja sebagai Penanggung Jawab Teknis (terlampir) :
 - d. Sertifikat penunjang :

4. Tenaga Teknisi
 - a. Nama :
 - b. Ijazah :
 - c. Sertifikat Penunjang :

5. Lampiran berupa
- a. Peta Lokasi & Denah Bangunan :
 - b. Jenis/macam alat kesehatan yang akan diedarkan :

Demikianlah permohonan kami, atas perhatian dan persetujuan Bapak kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon,

Materai

(.....)

Tembusan Kepada Yth;

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di

**BERITA ACARA PEMERIKSAAN
SARANA CABANG PENYALUR ALAT KESEHATAN**

DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

NOMOR

Pada hari ini tanggal Bulan tahun kami yang bertanda tangan dibawah ini sesuai dengan Surat Perintah Kepala Dinas Kesehatan Provinsi telah melakukan pemeriksaan setempat terhadap

- | | | |
|------------------------------------|---|-------|
| 1. Nama Badan hukum | : | ..... |
| 2. Nama Pimpinan Perusahaan | : | ..... |
| 3. NPWP . | : | ..... |
| 4. Alamat & Nomor Telp. Perusahaan | : | ..... |
| 5. Alamat Gudang | : | ..... |
| 6. Alamat Bengkel/Workshop | : | ..... |

Pemeriksaan ini dilakukan adalah sebagai persyaratan untuk memperoleh Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan dengan hasil sebagai berikut:

I. LOKASI PENYALUR ALAT KESEHATAN

- | | | | | | |
|-------------------------------|---|----------------------|-----|---------------|-----|
| 1. Lokasi Penyalur | : | Kawasan Industri | () | Pemukiman | () |
| 2. Bangunan terdiri dari | : | Permanen | () | Semi Permanen | () |
| 3. a. Ruang Kantor | : | Ada | () | Tidak | () |
| b. Luas | : | m ² | | | |
| 4. a. Ruang Gudang | : | Ada | () | Tidak | () |
| b. Luas | : | m ² | | | |
| 5. a. Bengkel/workshop | : | Ada | () | Tidak | () |
| b. Luas | : | m ² | | | |
| 6. Fasilitas-fasilitas | | | | | |
| 6.1 Penerangan | : | Baik | () | Cukup | () |
| 6.2 Ventilasi | : | Baik | () | Cukup | () |
| 6.3 Pegatur Suhu | : | ..... |  |  |  |
| 6.4 Alat Pemadam
Kebakaran | : | | | | |
| 6.5 Sumber Air | : | ..... |  |  |  |

II. GUDANG PENYIMPANAN

- | | | |
|--|---|-------|
| 1. Jumlah Gudang tempat penyimpanan | : | ..... |
| 2. Ruang Penyimpanan satu bangunan dengan ruangan administrasi | : | ..... |
| 3. Ruang Penyimpanan alat kesehatan terpisah dari barang lain | : | ..... |

III. BENGKEL WORKSHOP (Khusus Alat kesehatan Elektromedik)

- 1. Perlengkapan Bengkel : Tidak memadai () Cukup () Baik ()
- 2. Suku Cadang (Sesuai Alat kesehatan yang disalurkan) : Ya () Tidak ()
- 3. Ruang bengkel terpisah dari Ruang Kantor : Ya () Tidak ()

IV. KARYAWAN

- 1. Penanggung Jawab Teknis
 - 1.1 Nama :
 - 1.2 Ijazah yang dimiliki :
 - 1.3 Sertifikat penunjang sesuai dengan keterampilan dan pengalaman dalam mengelola Alat kesehatan yang diedarkan :
- 2. Tenaga Teknis (Khusus Cabang Penyalur Alat Kesehatan yang menyalurkan Alat Kesehatan Elektromedik)
 - 2.1 Jumlah Tenaga Teknisi : orang
 - Nama Keahlian
 - 1. 1.
 - 2. 2.
 - 3. 3.
- 3. Jumlah dan jenis pendidikan karyawan :

V. ADMINISTRASI

- 1. Surat Permohonan : Ada () Tidak ()
- 2. Salinan Izin Penyalur Alat Kesehatan : Ada () Tidak ()
- 3. Salinan Akte Notaris : Ada () Tidak ()
- 4. SIUP : Ada () Tidak ()
- 5. Izin HO/UUG : Ada () Tidak ()
- 6. Peta Lokasi : Ada () Tidak ()
- 7. Denah Bangunan : Ada () Tidak ()
- 8. Perlengkapan Administrasi :
 - 8.1 Kartu Persediaan : Ada () Tidak ()
 - 8.2 Kartu Pembelian : Ada () Tidak ()
 - 8.3 Kartu Gudang : Ada () Tidak ()
 - 8.4 Kartu Barang : Ada () Tidak ()
 - 8.5 Kartu Penjualan : Ada () Tidak ()
- 9. Jenis/macam Alat Kesehatan yang akan diedarkan :

Mengetahui,
Pimpinan/Direktur
Perusahaan

Petugas Pemeriksa
Nama NIP Tanda Tangan

1.

2.

3.

.....

Mengetahui,
Kepala Dinas Kesehatan

(.....)

NIP.

Catatan : Jika memenuhi syarat setiap lembar lampiran peta lokasi, denah bangunan, peralatan, agar dilegalisir Dinas Kesehatan

DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Laporan Hasil Pemeriksaan
Cabang Penyalur Alat Kesehatan.

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan Provinsi
di-
.....

Sehubungan dengan surat permohonan dari Nomor
..... tanggal perihal seperti pada pokok surat di
atas, maka bersama ini kami laporkan:

Sesuai dengan Berita Acara Pemeriksaan Tim Pemeriksaan Bersama ke
Alamat Kantor, dan Gudang jalan
..... maka perusahaan tersebut telah/tidak (*)
memenuhi persyaratan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan
Nomor 1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat
Kesehatan.

Bersama ini turut kami lampirkan:

1. Salinan/copy surat permohonan yang bersangkutan beserta
lampiran-lampirannya.
2. Berita Acara Pemeriksaan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten/Kota

(.....)
NIP.

(*) coret yang tidak perlu

Tembusan Kepada Yth,

1. Direktur.....di

Formulir 11

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Pernyataan Siap Beroperasi
Cabang Penyalur Alat Kesehatan

Kepada Yth.
Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi
di
.....

Dengan Hormat,

Menunjuk surat permohonan kami nomor Tanggal
..... dan menunjuk ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor
1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan,
dengan ini kami laporkan bahwa Perusahaan kami telah siap
melaksanakan kegiatan Cabang Penyalur Alat Kesehatan
..... yang beralamat di jalan
.....

Demikianlah untuk diketahui dan atas perhatiannya diucapkan terima
kasih.

Direktur/Pimpinan Perusahaan

(.....)

Tembusan Kepada Yth.:

Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

DINAS KESEHATAN
PROVINSI

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Penundaan Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan.

Kepada Yth.
.....
.....
di-
.....

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor tanggal perihal permohonan Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan, maka dengan ini diberitahukan bahwa kami belum dapat menyetujui permohonan tersebut, mengingat:

- 1.
- 2.
- 3.

Selanjutnya kepada Saudara kami minta melengkapi kekurangan data tersebut selambat-lambatnya dalam waktu 1 (satu) bulan sejak tanggal surat ini.

Demikianlah untuk dimaklumi.

Kepala Dinas Kesehatan
Provinsi

(.....)
NIP.

Tembusan Kepada Yth,;
Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota

**KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI**

NOMOR :

**TENTANG
IZIN CABANG PENYALUR ALAT KESEHATAN**

DINAS KESEHATAN PROVINSI

MEMBACA : 1. Surat permohonan (nama badan hukum) No..... tanggal perihal Permohonan Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan.
2. Berita acara Pemeriksaan Sarana Cabang Penyalur Alat Kesehatan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota.... .. Nomor tanggal.....
3. Rekomendasi Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota No. tanggalperihal Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan (nama badan hukum).....

MENIMBANG Bahwa permohonan (nama badan hukum)..... tersebut telah memenuhi persyaratan dan dapat disetujui, oleh karena itu dianggap perlu menerbitkan Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan untuk yang bersangkutan.

MENGINGAT : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan

MEMUTUSKAN :

MENETAPKAN :
Pertama : Memberikan Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan kepada :

Nama Perusahaan :
NPWP :
Alamat Perusahaan :
Nama Direktur/Pimpinan :
Nama Penanggung
Jawab Teknis :
Alamat Gudang :
Alamat :
Bengkel/Workshop

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Harus selalu diawasi oleh Penanggung Jawab Teknis yang namanya tercantum pada surat keputusan ini.
2. Harus mematuhi peraturan perundang-undangan yang berlaku.
3. Melaksanakan dokumentasi pengadaan, penyimpanan dan penyaluran alat kesehatan dengan sebaik-baiknya sesuai ketentuan yang berlaku.
4. Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan berlaku untuk seterusnya selama perusahaan Penyalur Alat Kesehatan yang bersangkutan masih aktif melakukan kegiatan usahanya dan hanya berlaku untuk Wilayah Provinsi

Kedua : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dengan catatan bahwa akan diadakan peninjauan atau perubahan sebagaimana mestinya apabila terdapat kekurangan atau kekeliruan dalam penetapan ini.

Ditetapkan di :

Pada tanggal :

**KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI**

.....
NIP.

Salinan Keputusan ini disampaikan kepada Yth.:

1. Menteri Kesehatan RI (sebagai laporan)
2. Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
3. Gabungan Pengusaha Alat Kesehatan dan Laboratorium Indonesia (GAKESLAB)
Provinsi.....

KEPUTUSAN KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI
NOMOR :
TENTANG
PENCABUTAN IZIN CABANG PENYALUR ALAT KESEHATAN
KEPALA DINAS KESEHATAN PROVINSI

Membaca : Surat Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota nomor tanggal perihal usul pencabutan Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan atas nama

Menimbang : Bahwa telah melakukan pelanggaran-pelanggaran:

1.
2.
3.

Mengingat : Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1191/MENKES/PER/VIII/2010 tentang Penyaluran Alat Kesehatan

MEMUTUSKAN :

Menetapkan :

KESATU : Mencabut Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi Nomor tanggal Tentang Pemberian Izin Cabang Penyalur Alat Kesehatan kepada

KEDUA : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di :
Pada tanggal :

KEPALA DINAS KESEHATAN
PROVINSI

.....
NIP.

Tembusan Kepada Yth.

1. Menteri Kesehatan RI
2. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
3. Gabungan Pengusaha Alat Kesehatan dan Laboratorium Indonesia (GAKESLAB) Provinsi

**LAPORAN HASIL
KEGIATAN PENYALURAN *)
OLEH
PENYALUR ALAT KESEHATAN
Tahun**

No.	Nama Produk	Jumlah Produk	Asal Produk **)	Disalurkan Kepada	Keterangan

* Laporan kegiatan penyaluran dilaksanakan 1 x setahun

** Produk import (asal negara)

** Produk dalam negeri (asal pabrik)

Jakarta,.....20.....

Direktur/ Penanggung Jawab Teknis

DINAS KESEHATAN PROVINSI

LAPORAN HASIL PENGAWASAN

TERHADAP SARANA PENYALUR ALAT KESEHATAN, CABANG PENYALUR ALAT KESEHATAN DAN TOKO ALAT KESEHATAN

No.	Nama Sarana & Nomor Izin	Alamat kantor, gudang dan bengkel	Nama Pimpinan	Nama PJT & Pendidikan	Jenis Produk	Keterangan

Jakarta,20.....

Kepala
Dinas Kesehatan Provinsi

(.....)
NIP.....

**BERITA ACARA PEMUSNAHAN
ALAT KESEHATAN**

Pada hari ini tanggal bulan tahun telah dilakukan pemusnahan Alat Kesehatan sebagai berikut :

No	Nama Produk	Satuan	Jumlah	Cara Pemusnahan

Pada sarana PAK / Cabang PAK yang berlokasi di

Yang melakukan pemusnahan :

1. Pimpinan Perusahaan :
2. Penanggung Jawab Teknis :

Saksi – saksi :

1. Nama :
- NIP/NIK :
- Jabatan :
2. Nama :
- NIP/NIK :
- Jabatan :

....., 200....
Yang Melakukan Pemusnahan,

(.....)
Penanggung Jawab Teknis

(.....)
Pimpinan Perusahaan

Saksi – Saksi :

- 1
- 2