

| | |
|--|--|
| SATKER BADAN KOORDINASI PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERAPDU PROVINSI BANTEN | Nomor SOP : |
| | Tgl Pembuatan : |
| | Tgl Revisi : |
| | Tgl Pengesahan : |
| | Disahkan oleh : Gubernur |
| | Nama SOP Rekomendasi Penyalur Alat Kesehatan Izin |
| Dasar Hukum | |
| 1 UU No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan | Kualifikasi Pelaksana : Pejabat Pemerintah Provinsi Banten, Pejabat Fungsional dan Fungsional Umum |
| 2 PP RI No. 51 Tahun 2009 Tentang Pekerjaan Kefarmasian | |
| 3 PP RI No. 72 Tahun 1998 Tentang Pengamanan Sediaan Farmasi dan Alat Kesehatan | |
| 4 Permenkes No. 1191/Menkes/Per/VIII/2010 Tentang Penyaluran Alat Kesehatan | Peralatan/Perlengkapan 1. Telepon, 2. Blanko Permohonan, 3. Berkas Permohonan, 4. Komputer, 5. ATK |
| Keterkaitan : Dengan Kementerian Kesehatan, Dinas Kesehatan Prov. dan Kab/Kota | |
| | |
| Peringatan : Ketentuan Klasifikasi type Rumah Sakit, Melaporkan hasil pengelolaan AMDAL dan Ketenagakerjaan | Pencatatan dan Pendataan |

| No. | Uraian Kegiatan | Pelaksana | | | | | | | Mutu Baku | | | Ket. |
|-----|--|-----------|---------------------|------------------|--------------|-------------------|------------|--------------|---|--------|---|------|
| | | Pemohon | Petugas Pendaftaran | Petugas Pengolah | Dinas Teknis | Pejabat Pemeriksa | Tata Usaha | Kepala Badan | Kelengkapan | Waktu | Output | |
| 1 | Mengajukan permohonan Penerbitan Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan melalui petugas Pendaftaran | | | | | | | | Surat Permohonan, Akte Perusahaan, NPWP, SIUP dan TDP, UUG/HO, Peta Lokasi, Izin Usaha, Rekom. Dinkes, Daftar Alat Kes, FC KTP Direktur, FC Penanggung Jawab, | | Berkas permohonan | |
| 2 | Melakukan pemeriksaan kelengkapan berkas persyaratan, kemudian yang memenuhi persyaratan ditindaklanjuti oleh Petugas Pengolah dan yang tidak memenuhi persyaratan dikembalikan kepada Pemohon | Tidak | | | | | | | Berkas Pemohon dan persyaratan | 3 jam | Berkas yang memenuhi syarat | |
| 3 | Penerbitan Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan, tidak dapat diproses karena tidak memenuhi persyaratan yang telah ditentukan | | | Ya | | | | | Berkas yang tidak memenuhi syarat | - | Berkas yang tidak memenuhi syarat | |
| 4 | Validasi dan verifikasi berkas persyaratan kemudian membuat draft Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan, dan SPT | | | | | | | | Berkas persyaratan | 1 hari | Berkas persyaratan dan SPT | |
| 5 | Memeriksa kelengkapan berkas permohonan, yang memenuhi syarat ditindak lanjuti koordinasi teknis ke SKPD terkait, | | | | | | | | Berkas persyaratan dan SPT | 3 hari | SPT Koordinasi | |
| 6 | Melaksanakan Koordinasi ke Dinas Teknis | | | | | | | | Berkas yang memenuhi syarat | 1 hari | Dokumen hasil koordinasi | |
| 7 | Menandatangani Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan | | | | | | | | Draft Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan | 1 hari | Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan | |
| 8 | Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan yang sudah ditandatangani Kepala Badan, diberi penomoran, dan digandakan kemudian disampaikan kepada pemohon. | | | | | | | | Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan | 2 jam | Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan yang sudah di beri nomor | |
| 9 | Menerima Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan | | | | | | | | Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan | - | Surat Rekomendasi Izin Penyalur Alat Kesehatan | |