

Surabaya, 09 Oktober 2024

Nomor : 1242 /RSMU/DIR/X/2024
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Survei Verifikasi Akreditasi

Yth. **Direktur Utama Lembaga Akreditasi Mutu & Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS)
Wisma 76, Lantai 22, Jl. Letjen S.Parman KAV. 76, Slipi,
Jakarta, Indonesia**

Dengan hormat,

Dengan ini kami mengajukan permohonan survei verifikasi akreditasi sebagai berikut :

Nama Rumah Sakit	:	RS Mata Undaan Surabaya
Jumlah tempat tidur	:	52 TT
Kelas Rumah Sakit	:	<input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D
Jenis Rumah Sakit	:	<input type="checkbox"/> RS Umum <input checked="" type="checkbox"/> RS Khusus, sebutkan Khusus Mata
	:	<input checked="" type="checkbox"/> RS Non Peserta Didik Klinis <input type="checkbox"/> RS dengan Peserta Didik Klinis
Alamat Rumah Sakit	:	Jalan Undaan Kulon No 17-19 Surabaya
Alamat Email Rumah Sakit	:	sekretariat@rsmataundaan.co.id
No Telepon Rumah Sakit	:	(031) 5343 806
Nama Kontak Person	:	Rizqiyah, S.KM
No Telepon Kontak Person	:	082336158199
Alamat Email Kontak Person	:	rizqiyah2002@yahoo.com
Waktu pelaksanaan Survei	:	<input type="checkbox"/> Alternatif Tanggal ke-1 11-12 Desember 2024 <input type="checkbox"/> Alternatif Tanggal ke-2 18-19 Desember 2024

Demikianlah permohonan kami, atas perhatiannya kami mengucapkan terima kasih.

Hormat Kami,
Direktur,
**RSMATA
UNDAAN**

dr. Sahata P.H. Napitupulu, Sp.M (K)

