

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
(SIP) Dokter

Kepada Yth.
Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kab. OKU
di-
Baturaja

Dengan hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat Rumah :

Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (*)
Lulusan :
Tahun Lulusan :
Tempat Bekerja :
Status Kepegawaian : PNS / PPT / Swasta / TNI - Polri / Pensiunan (*)
No. STR :
Masa Berlaku STR :
Nomor Rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke 1 (satu) / ke 2 (dua) / ke 3 (tiga) (*) di lokasi

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku.
2. Fotocopi STR yang asli / dilegalisasi asli oleh KKI
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya beserta izin penyelenggaraan sarana kesehatan yang masih berlaku.
4. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi, sesuai tempat praktik
5. Pas Foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 3 (tiga) lembar dan ukuran 3 x 4 cm sebanyak 2 (dua) lembar Per tempat Praktek.
6. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu.
7. Peta lokasi dan denah ruangan tempat praktik beserta daftar peralatan yang di miliki (untuk praktik perorangan).
8. Surat Izin Praktik (SIP) lama asli apabila perpanjangan atau pindah tempat praktik.
9. Surat Keterangan Sehat
10. IMB. Sertifikat Tanah, Sewa

Demikian permohonan ini saya sampaikan. Atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Baturaja,
Yang memohon

Materai 6000

(.....)

(*) Coret yang tidak perlu

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Nomor Telepon / HP :
Anggota Organisasi Profesi :

Dengan ini menyatakan memiliki tempat praktik pada :

- 1. Nama Sarana Kesehatan :
 Alamat / Kode Pos :
 Kelurahan / Kecamatan :
 Hari / Jam :
- 2. Nama Sarana Kesehatan :
 Alamat / Kode Pos :
 Kelurahan / Kecamatan :
 Hari / Jam :
- 3. Nama Sarana Kesehatan :
 Alamat / Kode Pos :
 Kelurahan / Kecamatan :
 Hari / Jam :

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar – benarnya, dan untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Tais,
Yang Membuat Pernyataan

Materai 6000

.....

