Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik (SIP)

#  Di Sarana Kesehatan.

 Dokter Internsip

Kepada Yth: Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Tangerang

Di

Tigaraksa

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : ……………………………………………………………..........

Alamat : …………………………………………………………….........

Tempat, tanggal lahir : .............................................................................................

Jenis kelamin : .............................................................................................

Tahun Lulusan : .............................................................................................

Nomor STR : .............................................................................................

Nomor rekomendasi OP : .............................................................................................

Status Kepegawaian : .............................................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Surat Izin Praktik ( SIP** ) untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di :

1. Sarana / Pribadi

Jalan : .............................................................................................................................

Kel : .............................................................................................................................

Hari : .............................................................................................................................

Jam praktik : .............................................................................................................................

1. Sarana / Pribadi

Jalan : ..............................................................................................................................

Kel : ..............................................................................................................................

Hari : ...............................................................................................................................

Jam praktik : ..............................................................................................................................

1. Sarana / Pribadi

Jalan : ...............................................................................................................................

Kel : ................................................................................................................................

Hari : ................................................................................................................................

Jam praktik : ................................................................................................. ............................

Dan sudah mempunyai SIP di alamat :

* 1. Sarana / Pribadi

Jalan : .......................................................................................................................

Kel : ......................................................................................................................

Hari : ......................................................................................................................

Jam praktik ( terlampir )

* 1. Sarana / Pribadi

Jalan : ......................................................................................................................

Kel : ......................................................................................................................

Hari : ......................................................................................................................

Jam praktik : ..................................................................................... .............( terlampir )

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. pas foto berwarna ukuran 4x6
2. surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktek (asli)
3. Surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan tempat praktil (asli)
4. Foto Copy Ijazah Dokter Umum/ dokter gigi/ dokter spesialis
5. Foto copy surat tanda Registrasi dokter umum/ dokter gigi/ dokter spesialis yang diterbitkan dan dilegalisir oleh konsil kedokteran indonesia yang masih berlaku
6. Foto Copy KTP
7. Surat Keterangan Domisili (Asli)
8. Surat pernyataan tidak akan berpraktik sebelum izin persetujuan sarana dari DPMPTSP melalui OSS RBA terbit (bagi sarana izin baru) diatas materai 10.000 atau izin sarana yang dikeluarkan oleh DPMPTSP

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

............. ....................................................

Pemohon

Materai Rp. 6.000,-

.................................................................