



PEMERINTAH KOTA KOTAMOBAGU
DINAS PENANANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU

Jalan D. I. Panjaitan No. 375, Telp/Fax. (0434) 22810

email : dpmptsp@kotamobagukota.go.id,

website : <https://dpmptsp.kotamobagukota.go.id>

FORMULIR PERMOHONAN
SURAT IZIN PRAKTIK DOKTER

No. Dokumen : FM-31-06
Revisi : 00
Tgl Terbit : 03-01-2018
Halaman : -

Nomor :
Sifat :
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Baru / Perubahan / Perpanjangan
Praktik Kesatu / Kedua / Ketiga *)

Kepada Yth.
**KEPALA DINAS PENANAMAN MODAL
DAN PELAYANAN TERPADU SATU
PINTU KOTA KOTAMOBAGU**
di –

Kotamobagu

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulus :
Nomor STR :
Nomor Rekomendasi OP :
Nomor Telephone / HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP) Dokter untuk tempat praktik yang Ke (.....) dengan alamat tempat praktik

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy STR yang diterbitkan dan dilegalisir oleh KKI.
3. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya.
4. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik.
5. Pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (dua) lembar.
6. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 sebanyak 2 (satu) lembar.
7. 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.
8. Rekomendasi Dinas Kesehatan.

Demikian permohonan ini disampaikan untuk di pertimbangkan, atas kerjasamanya diucapkan terima kasih

Pemohon,

SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK PROFESI

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
.....
Telepon :
Nomor Handphone :
Email :
No. STR :
Masa berlaku STR sampai :

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi sebagai dokter pada :

Nama Tempat Praktik :
Alamat :
.....

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Praktek (SIP) Dokter.

Kotamobagu, 20....

Yang membuat pernyataan,

Materai

.....

SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Jabatan :
Nama Tempat Praktik :
Alamat Tempat Praktik :
Telepon :
Nomor Handphone :
Email :

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat Rumah :
Telepon :
Nomor Handphone :
Email :
No. STR :
Masa berlaku STR sampai :

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter.

Kotamobagu, 20....

Yang membuat keterangan,

.....

SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan dibawah ini,

- Nama Lengkap :
- Jabatan :
- Nama Fasilitas Kesehatan :
- Alamat Fasilitas Kesehatan :
- Telepon :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

- Nama Lengkap :
- Tempat, tanggal lahir :
- Alamat Rumah :
- Telepon :
- Nomor Handphone :
- Email :
- No. STR :
- Masa berlaku STR sampai :

Untuk praktik sebagai Dokter pada :

- Nama fasilitas Kesehatan :
- Alamat :

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan SIP Dokter.

Kotamobagu, 20....

.....