

FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK DOKTER

Nomor :
Lampiran :
Perihal : Izin Praktik Dokter

Siak Sri Indrapura, 202
Kepada Yth,
Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak
Di
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Email :
No.hp :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Dokter untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1 Fotokopi KTP Pemohon/ Pemilik sarana
- 2 Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
- 3 Foto Kopi NPWP Pemohon/ Pemilik sarana
- 4 Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
- 5 Foto Kopi Ijazah
- 6 Surat keterangan sehat dari Dokter Pemerintah
- 7 surat keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya ;
- 8 Bukti pemenuhan kompetensi/ SERKOM (Pengurusan SIP pertama kali apabila tidak praktik >5 tahun)
- 9 Rekomendasi Puskesmas setempat (untuk praktik mandiri)
- 10 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
- 11 Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter yang bekerja pada Instansi /fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/ Fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
- 12 Pas Foto Ukuran 3x 4 cm (3 Lembar)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon ,

Materai
Rp. 10.000,-

.....

FORMULIR PERMOHONAN PERPANJANGAN IZIN PRAKTIK DOKTER

Nomor : Siak Sri Indrapura, 202
Lampiran : Kepada Yth,
Perihal : Perpanjangan Izin Praktik Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Dokter Di Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak
Di
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Email :
No.hp :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Dokter untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1 Fotokopi KTP Pemohon/ Pemilik sarana
- 2 Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
- 3 Foto Kopi NPWP Pemohon/ Pemilik sarana
- 4 Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
- 5 Foto Kopi Ijazah
- 6 Surat keterangan sehat dari Dokter Pemerintah
- 7 surat keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya ;
- 8 Surat pernyataan kecukupan SKP
- 9 Bukti pemenuhan kecukupan SKP
- 10 Rekomendasi Puskesmas setempat (untuk praktik mandiri)
- 11 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
- 12 Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter yang bekerja pada Instansi /fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/ Fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
- 13 Pas Foto Ukuran 3x 4 cm (3 Lembar)
- 14 Surat izin praktik dokter yang lama (Asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon ,

Materai
Rp. 10.000,-

.....

