



**IKATAN DOKTER INDONESIA
(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)
CABANG SALATIGA**

Sekretariat : Jl. Osamaliki No.19 Kota Salatiga Jawa Tengah 50721 Telp : (0298) 324074. Fax (0289) 321925
E-mail : idikotasalatiga@yahoo.co.id

**FORMULIR PERMOHONAN
SURAT REKOMENDASI IZIN PRAKTEK (SRIP)
IDI CABANG SALATIGA**

Kepada yth,
Sejawat Ketua IDI Cabang Salatiga

Dengan ini saya

Nama	:	
Tempat/Tgl Lahir	:	
Lulusan FK	:	Dokter, FK _____ tahun _____ Spesialis, FK _____ tahun _____
Jenis Praktek	:	Dokter Umum/Dokter Spesialis
Anggota IDI Cabang	:	
NPA IDI	:	
Alamat Rumah	:	
No HP/Email	:	

Mengajukan permohonan untuk memperoleh Surat Rekomendasi Izin Praktek (SRIP) karena saya bermaksud untuk memohon Surat Ijin Praktek (SIP) baru/memperpanjang SIP pada sarana pelayanan berikut :

1. Nama Sarana Kesehatan	:	(Pemerintah) _____
Alamat	:	_____
Hari	:	_____
Waktu	:	Jam _____ s/d Jam _____
2. Nama Sarana Kesehatan	:	_____
Alamat	:	_____
Hari	:	_____
Waktu	:	Jam _____ s/d Jam _____
3. Nama Sarana Kesehatan	:	_____
Alamat	:	_____
Hari	:	_____
Waktu	:	Jam _____ s/d Jam _____

Saya menyatakan dengan sebenar-benarnya, bahwa pada saat ini saya tidak sedang menjalani sanksi profesi dan atau sanksi hukum apapun yang dikuatkan dengan 2 (dua) orang Dokter/Sejawat sebagai saksi.

Bersama ini saya lampirkan semua persyaratan yang diperlukan. Atas perhatian dan bantuannya saya ucapkan

Saksi Pertama		Salatiga,	
Nama	:		Pemohon
NPA IDI	:		
Alamat	:		
Tandatangan	:	Dr. _____	
Saksi Kedua		NPA IDI: _____	
Nama	:		
NPA IDI	:		
Alamat	:		
Tandatangan	:		