

Perihal : Permohonan Surat Ijin Praktek
Dokter Umum/Dokter Spesialis

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Salatiga
Di - SALATIGA

Dengan Hormat,
Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama Lengkap	:	
NIP/NRP/PTT	:	
Tempat & Tanggal Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	
Pendidikan Dokter Umum	:	Tahun :
Pendidikan Dokter Spesialis	:	Tahun :
Nomor STR	:	
Tempat Bekerja	:	
Nomor Anggota IDI	:	
Alamat Rumah	:	
Nomor Telepon / HP	:	
Alamat E-Mail	:	

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Ijin Praktek (SIP) dengan alamat :

- | | | |
|--------------------------|---|--|
| 1. Nama Sarana Kesehatan | : | |
| Alamat | : | |
| Hari | : | |
| Waktu | : | |
| 2. Nama Sarana Kesehatan | : | |
| Alamat | : | |
| Hari | : | |
| Waktu | : | |
| 3. Nama Sarana Kesehatan | : | |
| Alamat | : | |
| Hari | : | |
| Waktu | : | |

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No: 2051/MENKES/PER/X/2011, sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (IDI).
2. Fotokopi STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli oleh KKI.
3. Fotokopi Ijazah Dokter Umum/Spesialis (legalisir)
4. Pas Foto berwarna 4 x 6 = 2 lembar, 3 x 4 = 2 lembar (pertempat praktek)
5. Surat Ijin dari pimpinan instansi/sarana pelayanan kesehatan di mana Dokter Umum/Spesialis yang dimaksud bekerja (khusus untuk Dokter yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan Pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah).
6. Surat Pernyataan di atas materai Rp. 10.000
7. Fotokopi SIP asli yang habis masa berlakunya untuk perpanjangan SIP atau Foto Copy SIP yang dimiliki apabila mengajukan SIP berikutnya.
8. Fotokopi KTP (Kartu Tanda Penduduk) yang masih berlaku / Surat Keterangan Domisili dari Kelurahan
9. Surat Pernyataan mempunyai tempat praktek, Surat Pernyataan pengelolaan limbah B3, Rekomendasi dari Puskesmas setempat (bagi praktek pribadi)

Demikian atas terkabulnya permohonan ini saya ucapkan terima kasih.

Salatiga,
Pemohon

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat Rumah :
Tempat & Tanggal Lahir :
Pekerjaan :
Jenis Kelamin :
Alamat Praktek :

1.

Alamat

:
- Hari

:
- Jam

:
2.

Alamat

:
- Hari

:
- Jam

:
3.

Alamat

:
- Hari

:
- Jam

:

Dengan ini menyatakan bahwa saya :

1.

Sanggup melengkapi kekurangan peralatan medis sebagai persyaratan Ijin Praktek Dokter Umum/ Dokter Spesialis.
2.

Sanggup tidak menyediakan, memberi atau meracik obat, kecuali suntikan dan obat emergency.
3.

Sanggup melakukan pengadaan obat-obatan lewat jalur yang resmi atau apotik setempat.
4.

Sanggup mematuhi peraturan dan perundang-undangan yang berlaku, yang mengatur tentang Ijin Praktek Dokter Umum/ Dokter Spesialis.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya di atas materai yang cukup sesuai dengan peraturan yang berlaku.

Salatiga,
Yang Menyatakan,

Materai
10.000

(.....)