Hal : Permohonan Surat Izin Praktik Dokter (SIPD)

Kesatu/Kedua/Ketiga\*)

Yang terhormat,

Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Luwu Timur

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :

Tempat, tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Nomor Handphone :

E-mail :

No. STR :

Masa berlaku STR sampai :

Tempat & Alamat Praktek :

Untuk Praktek Ke :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Dokter (SIPD).

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto Kopi Ijazah
2. Foto Kopi KTP
3. Surat Tanda Registrasi (STR) yang dilegalisir Asli / Barcode
4. Surat Pernyataan Tempat Praktik dan Surat Keterangan Tempat Praktik.
5. Surat Penyataan Kecukupan SKP dan Bukti kecukupan SKP (untuk Perpanjangan SIP)
6. Foto Kopi Bukti pemenuhan kompetensi bagi yang tidak pernah praktek lebih dari 5 tahun sebelum tahun 2023
7. Foto kopi SIP ke 1 dan/atau SIP ke 2 untuk penerbitan SIP ke 2 dan/atau SIP Ke 3
8. pas foto berwarna ukuran 4 x 6 sebanyak 2 (Dua) lembar.

Demikian, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih

Nama Kota, Tgl Bulan Tahun

Pemohon,

( Nama Lengkap )

Tembusan :

Kepala Dinas Kesehatan Luwu Timur

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertandatangan di bawah ini :

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

Alamat Rumah : ...............................................................................

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

Menyatakan bahwa :

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggung jawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum.

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, untunk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum.

Nama Kota, tanggal bulan tahun

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

(………………………….…..)

Nama Lengkap

SURAT PERNYATAAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat Rumah : Jl…………………………………………………………………………………

Kel………………………………………. Kec. ………………………….

Kota …………………………………...

Menyatakan bahwa tempat praktik saya adalah di :

1. Tempat praktik ke 1 (satu) :

Alamat Praktik : Jl………………………………………………………………………

Kel………………………………. Kec. …………………………….

Kota …………………………………...

No. Telp/Fax/Hp ………………………………………………

Hari / Jam Praktik : ……………………………………………

(*terlampir fotocopy SIP)*

1. Tempat Praktik ke 2 (dua)

Alamat Praktik : Jl………………………………………………………………………

Kel………………………………. Kec. …………………………….

Kota …………………………………...

No. Telp/Fax/Hp ………………………………………………

Hari / Jam Praktik : ……………………………………………

(*terlampir fotocopy SIP)*

1. Tempat Praktik ke 3 (tiga)

Alamat Praktik : Jl………………………………………………………………………

Kel………………………………. Kec. …………………………….

Kota …………………………………...

No. Telp/Fax/Hp ………………………………………………

Hari / Jam Praktik : ……………………………………………

(*terlampir fotocopy SIP)*

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

…………, ………………2024

Yang Membuat Pernyataan

***Materai 10000***

(…………………………………….)

SURAT KETERANGAN TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan dibawah ini,

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

Profesi : ………………………………………………………………………....................

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

NIK : ……………………………………………………………………………………

Nomor STR : ……………………………………………………………………………………

Masa Berlaku STR : …………………………………………………………………………………….

(Tgl.bulan.tahun/seumur hidup)

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

No. Handphone (WA) : …………………………………………………………………………………….

Lulusan dari, Tahun : …………………………………………………………………………………….

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa data saya sebagaimana di atas adalah benar, dan benar berpraktik di………….yang beralamat di………

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai persyaratan administrasi perizinan Surat Izin Praktik (SIP) ke 1/2/3\*

Mengetahui

Kepala Fasyankes/Kepala Dinas Kesehatan\*\*

.........., ………………20244

Yang Membuat Pernyataan

*Materai 10000*

(…………………………………..)