

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik (SIP)

Kepada Yth :
Kepala DPMPTSP Kota Bandung
Jl. Cianjur No. 34
di –
B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Jenis kelamin :
Lulusan Universitas : Tahun lulusan.....
Nomor STR :
Masa berlaku STR :
Nomor Rekomendasi
I D I :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan Kota/Kab.
Telepon / HP..... Kode Pos

Praktik sebagai : Dr.Umum

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) yang ke (I, II, III) yang berlokasi di :

Alamat Praktik I : Jl..... *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP..... Kode Pos
Hari Praktik
Jam Praktik : Pagi s/d WIB
Sore s/d WIB

Alamat Praktik II : Jl..... *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP..... Kode Pos
Hari Praktik
Jam Praktik : Pagi s/d WIB
Sore s/d WIB

Alamat Praktik III : Jl..... *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP..... Kode Pos
Hari Praktik
Jam Praktik : Pagi s/d WIB
Sore s/d WIB

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy Surat Tanda Registrasi (STR) Dokter yg diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan masih berlaku (jumlah sesuai dgn tempat praktik).
2. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik.
3. Surat Rekomendasi dari IDI cabang Kota Bandung sesuai tempat praktik.
4. Pas photo terbaru berwarna ukuran 3 X 4 sebanyak 4 (empat) lembar.

Lampiran tambahan :

- Photo copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) Kota Bandung
- Surat Pengantar / Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Setempat yang menyatakan belum / sudah berpraktik di tempat tersebut bagi dokter / dokter gigi dengan KTP luar Kota Bandung
- Photo copy SIP. (bagi yang telah memiliki)
- Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

Catatan :

- ❖ Jika berpraktik di Sarana Kesehatan mohon juga dicantumkan nama sarana tsb.
- ❖ Apabila ada perubahan peraturan maka formulir ini berubah menyesuaikan dengan peraturan yang berlaku dan pemohon harus menyesuaikan dengan formulir yang terbaru.

**SURAT PERNYATAAN
MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Alamat Rumah : Jl
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan Kota/Kab.....
Telepon / HP..... Kode Pos.....

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai / memiliki tempat praktik yang beralamat di :

Alamat Praktik I : Jl *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP..... Kode Pos.....
Hari Praktik
Jam Praktik : Pagi s/d WIB
Sore..... s/d WIB

Alamat Praktik II : Jl *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP..... Kode Pos.....
Hari Praktik
Jam Praktik : Pagi s/d WIB
Sore..... s/d WIB

Alamat Praktik III : Jl *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan
Telepon / HP..... Kode Pos.....
Hari Praktik
Jam Praktik : Pagi s/d WIB
Sore..... s/d WIB

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,

Materai

.....
Nama Lengkap

Catatan :

*) Jika berpraktik di RS/BP/Klinik/RB mohon juga dicantumkan nama sarana tsb.

**SURAT PERNYATAAN DAN PERSETUJUAN TIDAK KEBERATAN DARI PIMPINAN TEMPAT BEKERJA
BAGI PNS / TNI / POLRI / BUMN / BADAN HUKUM**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan :

Dengan ini menyatakan tidak keberatan kepada :

Nama :

Jabatan :

Untuk menjalankan Praktik Dokter diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Hormat Kami,
Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIP Dokter Umum

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
Jl. Supratman No.73
di -
B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Jenis kelamin :
Lulusan Universitas : Tahun lulusan
Nomor STR :
Masa berlaku STR :
Nomor Rekomendasi
I D I :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan..... Kota/Kab.
Telepon / HP Kode Pos

Praktik sebagai : Dr.Umum

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik (SIP) yang ke (I, II, III) yang berlokasi di :

Alamat Praktik I : Jl..... *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Telepon / HP Kode Pos
Hari Praktik.....
Jam Praktik : Pagi..... s/d..... WIB
Sore s/d..... WIB

Alamat Praktik II : Jl..... *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Telepon / HP Kode Pos
Hari Praktik.....
Jam Praktik : Pagi..... s/d..... WIB
Sore s/d..... WIB

Alamat Praktik III : Jl..... *)
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Telepon / HP Kode Pos
Hari Praktik.....
Jam Praktik : Pagi..... s/d..... WIB
Sore s/d..... WIB

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes yang masih berlaku
4. Photocopy SIP yang dimiliki

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

