

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Elektromedis (SIP-E)

Kepada Yth :  
Kepala DPMPSTSP Kota Bandung  
Jl. Cianjur No. 34  
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, Tgl.Lahir : .....  
No. STR-E : .....  
Tgl. Masa berlaku STR-E : .....  
Lulusan : ..... Tahun .....  
Nama Sekolah : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan/Desa.....  
Kecamatan ..... Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP ..... Kode Pos .....  
No.HP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Elektromedis (SIP-E) pada :

Tempat Praktik : ..... (tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas.....  
Kecamatan .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

- 1 Permohonan Surat Izin Praktik Elektromedis (SIP-E)
- 2 Photo copy Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP) Kota Bandung atau surat keterangan telah melakukan perekaman e-KTP /surat keterangan domisili di Kota Bandung (bagi Tenaga Elektromedis dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
- 3 Fotocopi Ijazah yg dilegalisir asli
- 4 Foto copy STR-E/STR-E Sementara (TKWNA) yang dilegalisir asli dan masih berlaku
- 5 Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- 6 Surat Keterangan/pernyataan dari pimpinan Fasyankes atau Faskes yang bersangkutan
- 7 Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm berlatar belakang merah sebanyak 4 (empat) lembar
- 8 Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
- 9 Surat Rekomendasi dari Ikatan Elektromedis Indonesia Cab Bandung
- 10 Fotocopy Izin Operasional Fasilitas Kesehatan yang masih berlaku.

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap

**KOP FASYANKES**

---

**SURAT PERNYATAAN PIMPINAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Jabatan : Pimpinan/Direktur/Kepala.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap : .....

Adalah benar Tenaga Elektromedik yang melaksanakan praktik pada sarana yang Kami pimpin

Nama Fasyankes : .....

Alamat Bekerja : .....

Jl.....RT.....RW.....

Kelurahan .....Kecamatan.....

UPT. Puskesmas.....

Telepon / HP.....Kode Pos .....

Bandung,.....

Hormat Kami,  
Pimpinan

Cap&TDT

(nama lengkap)

.....

**SURAT PERNYATAAN/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 Elektromedik 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-E

Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung  
Jl.Supratman No.73  
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap : .....  
Tempat, Tgl.Lahir : .....  
No. STR-E : .....  
Tgl. Masa berlaku STR-E : .....  
Lulusan : ..... Tahun .....  
Nama Sekolah : .....  
Alamat Rumah : Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan/Desa.....  
Kecamatan ..... Kota/Kabupaten.....  
Telepon / HP ..... Kode Pos .....  
No.HP : .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Elektromedis (SIP-E) pada :

Tempat Praktik : ..... (tuliskan nama sarana)  
Jl.....  
RT / RW ..... Kelurahan.....  
Wilayah Kerja Puskesmas .....  
Kecamatan .....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy Izin Operasional Fasilitas Kesehatan yang masih berlaku.
4. Fotocopy SIP-E bila sudah memiliki

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap