

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
- Denah Ruangan dan denah lokasi tempat praktik.
- Surat Rekomendasi dari Puskesmas.
- 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.

**DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK KE I**

---

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

---

**DENAH RUANGAN**

---

**DENAH LOKASI**

**DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK KE II**

---

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 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

---

**DENAH RUANGAN**

---

**DENAH LOKASI**

## DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK KE III

---

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 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

---

### DENAH RUANGAN

---

### DENAH LOKASI

**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. Denah Ruang dan Denah Lokasi.
4. Photocopy SIP yang dimiliki
5. Rekomendasi Puskesmas setempat

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap



