

FORMULIR PERMOHONAN SIP DOKTER

Perihal : Permohonan Surat Izin
Praktek Dokter (SIPD)

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kab. Sinjai
Di -
Sinjai

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama lengkap :
Alamat :
Tempat/ tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun lulus :
Nomor STR :
Nomor Rekomendasi :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP) untuk tempat praktik
Yang ke dengan alamat di.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. Fotocopy e-KTP
- b. Fotocopy STR yang diterbitkan dan dilegalisasi oleh KKI
- c. Surat pernyataan mempunyai tempat praktek atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktik
- d. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktek
- e. Pas foto ukuran 4x6, 4 (Empat) Lembar
- f. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja pada instansi / fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu.

Demikian atas perhatian bapak / ibu kami ucapkan terima kasih.

Sinjai,
Pemohon
