

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 :
No HP :
Akun Gmail :

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. Foto Copy NPWP
- d. Rekomendasi dari kepala instansi/ Rekomendasi dari tempat kerja
- e. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktek
- f. Pas foto ukuran 4x6, 4 (Empat) Lembar
- g. SIP lama jika perpanjangan
- g.Surat Pernyataan mandiri dan surat rekomendasi atasan(Bagi Praktek Mandiri)

Demikian atas perhatian bapak / ibu kami ucapkan terima kasih.

Sinjai,

Pemohon

Cat.Berkas 2 Rangkap (Asli dan Copy an)