PEMERINTAH KABUPATEN MERAUKE

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN**

**TERPADU SATU PINTU**

JL. Brawijaya Telp../Fax. : (0971) 321177/325287 Merauke – Papua 99616

**SURAT IZIN PRAKTEK DOKTER DAN DOKTER GIGI**

Kepada Yth :

Bupati Merauke

c.q Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kab. Merauke

Di

MERAUKE

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama lengkap :
2. Alamat Tempat Tinggal :
3. Tempat, tanggal lahir :
4. Jenis kelamin :
5. Tahun lulusan :
6. Nomor Surat Tanda Registrasi :
7. Nomor Rekomendasi IDI :
8. Nomor HP/Telp :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek ( SIP ) untuk

yang ke .............................kali.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan;
2. Foto Copy KTP sebanyak 1 lembar;
3. Fotocopy NPWP;
4. Pas Foto ukuran 4 x 6 sebanyak 2 lembar;
5. Fotocopy Ijazah dokter dilegalisir;
6. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku;
7. Surat keterangan sehat yang **asli** dari dokter;
8. Rekomendasi yang **asli** dari Organisasi Profesi (IDI)Merauke;
9. Rekomendasi yang **asli** dari Dinas Kesehatan Merauke;
10. Fotocopy sertifikat pelatihan yang dimiliki;
11. Materai Rp. 10.000,- 1 (satu) lembar;
12. Map 2 Lembar;
13. Melampirkan Foto Copy SIP dokter yg ada;
14. Foto copy NIB untuk tempat praktek mandiri.

Demikian permohonan ini kami buat dengan sebenarnya atas perhatian bapak / ibu kami ucapkan terima kasih.

Merauke,.................................

Yang memohon

(........................................)

PEMERINTAH KABUPATEN MERAUKE

**DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN**

**TERPADU SATU PINTU**

JL. Brawijaya Telp../Fax. : (0971) 321177/325287 Merauke – Papua 99616

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a :

Tempat tanggal lahir :

Alamat Rumah :

Alamat Praktek :

Tempat Praktek ke :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tempat Praktek I | Tempat Praktek II | Tempat Praktek III |
|  |  |  |

Dengan ini kami menyatakan dengan sesungguhnya bahwa selama praktek akan melaksanakan sesuai dengan batas kewenangan sebagai Dokter UMUM/GIGI/SPESIALIS/......................... sebagaimana diatur dalam UU RI No. 29 Tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran dan Kode Etik Kedokteran.

Demikian surat pernyataan Kami buat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Merauke,....................................

Hormat kami

Meterai

Rp. 10.000,-

( ................................ )