

Formulir I

Perihal : Permohonan Surat Izin
Praktik (SIP) Dokter Gigi

Kepada Yth :
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota
Denpasar
di-

Denpasar

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat tempat tinggal :
Tempat, tgl lahir :
Jenis Kelamin :
Nomor STR :
Nomor rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke : (sebut dengan jelas)

Nama Sarana/Fasyankes:

Dengan alamat di Jalan :

Desa/Kelurahan :

Kecamatan :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. Foto copy KTP yang masih berlaku
- b. Foto copy STR dokter/dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (masih berlaku) disesuaikan dengan permohonan
- c. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik
- d. Surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya dan Foto Copy Ijin Operasional Sarana
- e. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;
- f. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 X 6 sebanyak 4 (empat) lembar dengan latar merah
- g. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu (atau surat keterangan tidak purna waktu)
- h. Denah Lokasi Praktik (untuk permohonan praktik mandiri)
- i. MOU pengelolaan limbah medis dan B3

Denpasar,

Pemohon,

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Alamat tempat tinggal:
Tempat, tgl. lahir :
Jenis Kelamin :
Nomor STR :
Tempat Bekerja :

Dengan ini menerangkan bahwa saya memang benar memiliki tempat praktik yang berlokasi di :

1. SIP No :
2. SIP No :
3. SIP No :

Demikian surat pernyataan ini saya buat untuk bisa dipergunakan dimana perlu.

Denpasar,

Yang membuat Pernyataan,

Materai
Rp.6000

(.....)