Kepada

**Yth. Bupati Kepulauan Selayar**

Cq. Kepala Kantor PelayananTerpadu

dan Penanaman Modal

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek Dokter** di ‐

**(SIPD)** B e n t e n g

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : .........................................................................

Alamat : .........................................................................

Tempat, tanggal lahir : ........p.................................................................

Jenis kelamin : .........................................................................

Tahun Lulusan : .........................................................................

Nomor STR : .........................................................................

Nomor rekomendasi OP :..........................................................................

No. tlp (Harus di isi) : .........................................................................

Email (Harus di isi) : ……………………………………………………………………..

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke …… dengan alamat di ......

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy KTP dan Keterangan Domisili ( KTP diluar wilayah Selayar)
2. fotokopi Ijazah Terakhir;
3. fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI;
4. surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik ( Swasta/Mandiri)
7. Rekomendasi teknis;
8. Pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 2 (dua) lembar dan 3 x 4 sebanyak (satu) lembar;
9. 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.
10. SK PNS dan SPMT ( Bagi PNS) Dan SK Kontrak dan Surat Tugas ( Non PNS)
11. BPJS Kesehatan/ KIS ( Bagi PNS Maupun Non PNS)
12. BPJS Ketenagakerjaan (bagi non PNS)
13. Apabila SIP PERPANJANGAN, Mohon Izin Terdahulu Di Lampirkan
14. Map Snalhatte Tebal Warna Biru

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.Benteng ...............,.......................202

Pemohon ,

......................