|  |  |
| --- | --- |
| Perihal :  Permohonan Surat Izin Praktek Dokter (SIP-D) | Kepada Yth:  Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu  Kab. Bolaang Mongondow Selatan  Di  Bolaang Uki |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :

Alamat :

Tempat/Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulusan :

Nomor STR :

Nomor Rekomondasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP) untuk tempat praktek dengan alamat :

1. Desa :
2. Kec :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini lampirkan :

1. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku;
2. Surat pernyataan mempunyai tempat praktek atau surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktek;
3. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktek;
4. Pas Foto ukuran 4 x 6 cm sebanyak 2 lembar;
5. Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana ybs bekerja (khusus bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah).
6. Surat Rekomendasi Dinas Teknis (Dinkes).
7. Fotokopi KTP
8. Fotokopi NPWP

Demikian atas perhatian Bapak/ibu kami ucapkan banyak terima kasih.

…………………….………202..

Pemohon,

**………………………………**

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

Tempat/Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Tahun Lulus :

Nomor STR :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya memiliki tempat praktek dokter berikut :

1. Puskesmas/Rumah/Lainnya :
2. Kecamatan :
3. Kabupaten : Bolaang Mongondow Selatan

Demikian atas perhatian kami ucapkan banyak terima kasih.

…………………………….. 202..

Yang membuat pernyataan,

ttd

…………………………..

**CHEK LIST KELENGKAPAN SIP-DOKTER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Pemohon | : |  |
| Alamat | : |  |
| Nama Usaha | : |  |
| No. Berkas/Tanggal | : |  |
| No. HP/E-mail | : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | LAMPIRAN PERSYARATAN | | URAIAN | | | KETERANGAN | |
| ADA | | TIDAK |
| **BARU** : | | | | | | | |
| 1. | Surat permohonan | |  | |  |  | |
| 2. | Fc Surat Tanda Registrasi (STR) dokter yg diterbitkan dan dilegalisir oleh konsil kedokteran Indonesia | |  | |  |  | |
| 3. | Surat pernyataan memiliki tempat praktek/ surat keterangan pelayanan kesehatan sebagai tempat praktek | |  | |  |  | |
| 4. | Surat rekomendasi dari organisasi profesi diwilayah tempat praktek (IDI) | |  | |  |  | |
| 5. | Pas foto 4 x 6 cm (2 lbr) | |  | |  |  | |
| 6. | Surat izin dari pimpinan instansi/sarana pelayanan kessehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja | |  | |  |  | |
| 7. | Rekomendasi Teknis Dinkes | |  | |  |  | |
| 8. | Fotokopi KTP | |  | |  |  | |
| 9. | Fotokopi NPWP | |  | |  |  | |
| **PERPANJANGAN** : | | | | | | | |
| 1. | SIP Dokter lama |  | |  | | |  |
| 2. | Pas foto 4 x 6 cm (2 lbr) |  | |  | | |  |
| 3. |  |  | |  | | |  |

**Ditolak**

**Ditunda / Dilengkapi Berkas**

**Diterima**

|  |  |
| --- | --- |
| Kepala Seksi Pelayanan  Perizinan dan Non Perizinan  (*paraf*) | Catatan : |
| Kepala Bidang PTSP  (*paraf*) | Catatan : |