

Nomor :
Lampiran: 1 (satu) jepit
Perihal : **Permohonan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter**

Kepada
Yth.Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kab.Flotim

di.-
Tempat

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat / tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun lulusan :
Nomor STR :
Nomor Rekomendasi OP :
Nomor Telp / Hp :

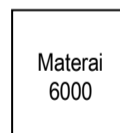
Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke.....
.....dengan alamat di

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. Foto copy Surat Tanda Registrasi Dokter atau Surat Tanda Registrasi Dokter Gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku;
- b. Surat Pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya ;
- c. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (OP) sesuai tempat praktik ;
- d. Pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar ;
- e. Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah .
- f. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kabupaten Flores Timur

Demikian atas perhatian bapak/ibu kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,



.....