1. **SURAT PERMOHONAN IZIN PRAKTIK AKUPUNKTUR TERAPIS**

Perihal :  **Permohonan Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis (SIPAT)**

Lampiran : 1 (satu) bendel

Kepada Yth

**Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu**

**Kabupaten Bantul**

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : ..............................................................................

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

Tempat, Tgl lahir : ..............................................................................

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

Ijazah terakhir : ..............................................................................

Lulusan dari, tahun : ..............................................................................

Nomor Telepon(SMS/ WA) : ..............................................................................

Alamat Email : ..............................................................................

Mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Akupunktur Terapis pada :

Nama Fasilitas/ Fasyankes :………………………………………………………………

Alamat Praktik : ...........................................................................

Nomor Telepon : ...........................................................................

Hari/Jam Praktik : ...........................................................................

Bersama ini kami lampirkan :

1. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon yang masih berlaku;
2. Surat pernyataan domisili bermaterai (bagi yang alamat KTP tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal);
3. Fotokopi ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
4. Fotokopi STRAT yang masih berlaku dan dilegalisasi;
5. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
6. Surat pernyataan memiliki tempat praktik atau surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tempat Akupunktur Terapis berpraktik;
7. Softcopy pasfoto berwarna terbaru ukuran 4X6 cm (dalam format jpeg);
8. Melampirkan SIPAT yang sudah dimiliki, untuk permohonan SIPAT yang kedua;
9. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Bantul ( **terkirim secara langsung dari Dinas Kesehatan Kab. Bantul ke Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kab. Bantul** );
10. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek;
11. Sertifikat izin lama bagi pemohon **perubahan/ perpanjangan izin;**
12. Data tanda pendukung lainnya **bagi perubahan/ perpanjangan izin**;

Demikian permohonan ini disampaikan, atas terkabulnya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Bantul, ......................20..

Pemohon

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

**SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTEK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……………………………………………………..…………..

NIK : ………………………………………………….………………

Jenis Kelamin : ………………………………………………………………….

Tempat tanggal lahir : ………………………………………………………………….

Alamat Rumah : ………………………………………………………………….

Alamat Email : ………………………………………………………………….

Nomor HP (WA) : ………………………………………………………………….

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

Dengan ini menyatakan :

1. Memiliki tempat praktik untuk SIP ke : 1 / 2 / 3 di lokasi sebagai berikut :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | ALAMAT PRAKTIK | HARI | JAM |
|  |  |  |  |

1. SIP yang sudah di miliki :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SIP Ke : | Alamat Praktek | Surat Ijin Praktek | | | Hari / Jam |
| No / Tgl | Berlaku s/d | Pejabat |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Bahwa jam praktik tidak bersamaan waktu / jam praktik antar SIP (SIP 1/2/3)

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan apabila ada pernyataan yang tidak benar, saya bersedia bertanggung jawab secara hukum dan di kenakan sanksi sesuai dengan aturan yg berlaku.

Bantul,

Mengetahui

Kepala Fasyankes Pemohon

Meterai

………………………… ……..……….