SURAT PERMOHONAN IZIN PRAKTIK DOKTER INTERNSIP

Perihal : **Permohonan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Internsip**

Lampiran : 1 bendel

Kepada:

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

**Kabupaten Bantul**

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

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

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

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

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

Alamat Email : ………………………………………………

Nomor Handphone (WA) : ……………………………………………………

Lulusan dari, Tahun : .........................................................................

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

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

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Internsip di Rumah Sakit ..................................................................... dan Puskesmas…………………………………...

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. NIK pemohon yang masih berlaku;
2. surat pernyataan domisili bermaterai, bagi yang alamat NIK tidak sesuai dengan alamat tempat tinggal;
3. ijazah yang disahkan oleh pimpinan penyelenggara pendidikan;
4. STR untuk kewenangan internsip yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI atau tanda terima pengurusan STR dari KKI;
5. surat keterangan dari Komite Internsip Dokter Indonesia;
6. Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek;
7. surat keterangan berbadan sehat dari dokter yang memiliki SIP; dan
8. pasfoto berwarna ukuran 4 x 6 cm (softcopy dengan format jpeg).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bantul, ……..

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

………………………… ……..……….