Klaten,

Nomor :
Lampiran :
Perihal : **Permohonan Surat Permohonan Rekomendasi Izin Praktek Tenaga Medis Selaku Dokter Umum / Gigi / <u>Spesialis di Sarana Kesehatan</u>**

Kepada

Yth . Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Klaten

Di –

<u>KLATEN</u>

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap	:	.....
NIP / NRP / NPTT	:	.....
Tempat / Tgl Lahir	:	.....
Jenis Kelamin	:	.....
Tahun Lulusan	:	.....
Nama Tempat Praktek	:	.....
Nomor Registrasi	:	.....
Alamat Rumah	:	.....
Anggota Organisasi Profesi	:	.....
No Telepon/Hp	:	.....

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan Surat Rekomendasi Ijin Praktek untuk yang ke .....

Sebagai bahanpertimbangan bersama ini kami lampirkan :

1. Foto Copy Kartu Tanda Penduduk (KTP)
2. Foto Copy Ijazah
3. Surat keterangan dari pimpinan sarana bekerja
4. Surat keterangan berbadan sehat dari dokter
5. Surat Pernyataan bersedia praktek paling banyak tiga (3) tempat bermeterai
6. Foto Copy MOU Limbah B3 (bagi praktik mandiri)
7. Foto Copy STR yang masih berlaku

Pemohon

Materai 10.000

( )

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap	:	.....
Tempat / Tgl Lahir	:	.....
Alamat Rumah	:	.....
		.....
Lulusan	:	.....
Tahun Lulus	:	.....

Dengan ini menyatakan sanggup :

1. Melaksanakan Undang – Undang 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.
2. Melaksanakan praktek tidak lebih dari 3 (tiga) tempat praktek.

1	Nama Sarana / Perorangan	:	.....
	Alamat	:	.....
	Hari dan Jam	:	.....
2	Nama Sarana / Perorangan	:	.....
	Alamat	:	.....
	Hari dan Jam	:	.....
3	Nama Sarana / Perorangan	:	.....
	Alamat	:	.....
	Hari dan Jam	:	.....

Demikian Surat Pernyataan ini yang saya buat dengan sebenar – benarnya apabila data – data yang kami sampaikan tidak benar saya sanggup menerima sanksi sesuai Peraturan Perundang – Undangan yang berlaku.

Klaten ,.....

Yang Menyatakan

Materai 10.000

( )