

FORMULIR PERMOHONAN
SURAT IZIN PRAKTIK DOKTER DAN DOKTER GIGI (SIP-D) MANDIRI

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Dokter Dan Dokter Gigi (SIP-D)
Mandiri**

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kota Metro.
di –
Metro.

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini saya:

Nama Lengkap :
NIK :
NPWP :
Tempat, Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Alamat Tempat Tinggal :
Nomor Telepon :
Email :

Dengan ini mengajukan permohonan surat izin sebagai berikut :

Nama Izin : Surat Izin Praktik Dokter Dan Dokter Gigi (SIP-D)
Mandiri
Nama Sarana Praktik :
Alamat Sarana Praktik :

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Mengisi Formulir Permohonan Surat Izin Praktik Dokter Dan Dokter Gigi (SIP-D) Mandiri;
2. Fotokopi BPJS Ketenagakerjaan;
3. Fotokopi NPWP;
4. Fotokopi KTP;
5. Fotokopi ijazah terakhir yang telah dilegalisir;
6. Surat rekomendasi dari organisasi profesi di wilayah tempat praktik;
7. Surat keterangan dari puskesmas setempat;
8. Surat pernyataan memiliki tempat praktik;
9. Salinan STR pertama untuk permohonan SIP-D pertama (Salinan STR kedua/ketiga untuk permohonan SIP-D kedua/ketiga);
10. Surat izin dari pimpinan instansi/sarana pelayanan kesehatan dimana dokter atau dokter gigi bekerja (khusus bagi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah);
11. Pas foto berwarna terbaru 3 x 4 cm sebanyak 3 lembar;
12. Surat Kuasa bermaterai (jika dikuasakan).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Metro,
Pemohon,



(.....)