

**FORMULIR PERMOHONAN
SURAT IZIN PRAKTIK DOKTER DAN DOKTER GIGI (SIP-D) FASILITAS
KESEHATAN**

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

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) Fasilitas Kesehatan
Nama Fasilitas Kesehatan	:	.....
Alamat Fasilitas Kesehatan	:	.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan:

1. Mengisi Formulir Permohonan Surat Izin Praktik Dokter Dan Dokter Gigi (SIP-D) Fasilitas Kesehatan;
2. Fotokopi KTP;
3. Fotokopi NPWP;
4. Fotokopi BPJS Ketenagakerjaan atau Kesehatan;
5. Fotokopi ijazah yang telah dilegalisir;
6. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku dan dilegalisasi asli oleh KKI;
7. Fotokopi SIP-D pertama/kedua (untuk permohonan SIP-D kedua/ketiga); *)
8. Surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;
9. Surat rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota setempat;
10. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik;
11. Surat keterangan dari pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan tempat dokter akan berpraktik;
12. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu.
13. Pas foto berwarna terbaru 3 x 4 cm sebanyak 3 lembar;
14. Surat Kuasa bermaterai (jika dikuasakan).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Metro,
Pemohon,



(.....)