**PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER (UMUM,GIGI,SPESIALIS)**

Rantepao, ………………………

Kepada

Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Kabupaten Toraja Utara

di,\_

Rantepao

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama Lengkap : ……………………………………………………..

Alamat : ……………………………………………………..

Tempat/Tanggal lahir : ……………………………………………………..

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

Tahun Lulusan : ……………………………………………………..

Nomor Registrasi OP : ……………………………………………………..

Email : ……………………………………………………..

No. HP : ……………………………………………………..

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP)………………. untuk tempat praktik yang ke …………, dengan alamat di ……………………………………….

Sebagai pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk (KTP);
2. Fotocopy Ijazah terakhir yang dilegalisir;
3. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Dokter yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku;
4. Syarat Pernyataan mempunyai tempat Praktik atau Surat Keterangan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai tempat Praktiknya;
5. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi di Wilayah Praktik;
6. Pas Foto berwarna ukuran 4 × 6 sebanyak 3 (tiga) lembar ;
7. Surat Persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter yang bekerja pada Instansi/Fasilitas Pelayanan Kesehatan Pemerintah atau pada Instansi/Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya secara purna waktu.

Demikian Surat Permohonan ini kami sampaikan atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Yang Bermohon,

Materai

10.000

(………………………...)