

Formulir I

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

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten/Kota.....

.....
Di
.....

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Nomor rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- a. Fotokopi surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku ;
- b. surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
- c. surat rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;
- d. pas foto berwarna ukuran 4 X 6 sebanyak 3 (tiga) lembar dan 3 x 4 sebanyak 2 (dua) lembar;
- e. surat izin dari pimpinan instansi/sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja (khusus bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah);

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon ,

KOP
DINAS KESEHATAN KABUPATEN/KOTA

SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER / DOKTER GIGI
No.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota*) memberikan Izin Praktik pada :

(Nama Lengkap)

Tempat/Tgl. Lahir :

Alamat :

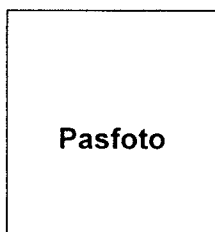
Untuk Praktik : dr/drg/dr.spesialis/drg. spesialis *)

Alamat Tempat Praktik :

Nomor STR :

STR berlaku sampai dengan :(tgl/bln/tahun)

Nomor rekomendasi OP :



Ditetapkan di.....

pada tanggal.....

Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten/Kota.....

(.....)

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan
 2. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia.
 3. Kepala Dinas Kesehatan Propinsi;
 4. Organisasi Profesi;
- *) Coret yang tidak perlu.

KOP
DINAS KESEHATAN PROPINSI

SURAT TUGAS DOKTER SPESIALIS/ DOKTER GIGI SPESIALIS
No.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, yang bertanda tangan dibawah ini, Kepala Dinas Kesehatan Propinsi memberikan Surat Tugas kepada :

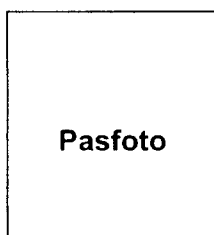
(Nama Lengkap)

Tempat/Tgl. Lahir :
 Alamat :
 Untuk Praktik : dr. spesialis./drg spesialis*)

Alamat Tempat Praktik :
 Nomor STR :

Nomor SIP Pertama :
 Nomor SIP Kedua :
 Nomor SIP Ketiga :

Surat tugas ke :
 Surat tugas berlaku sampai dengan tanggal.....



Ditetapkan di.....
 pada tanggal.....

a.n. Menteri Kesehatan RI

Kepala Dinas Kesehatan
 Propinsi.....

(.....)

Tembusan :

1. Menteri Kesehatan
2. Ketua Konsil Kedokteran Indonesia.
3. Organisasi Profesi;

*) Sebutkan spesialisasinya.