SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....
NIK : .....
Tempat Tgl. Lahir : .....
Alamat Tempat Tinggal : .....
Nomor STR : .....
Tanggal STR : .....
Pendididkan Terakhir : .....
Tanggal Lulus : .....
Praktik ke : .....
Nama Faskes : .....
Alamat lengkap Faskes :.....
.....

Nama Praktik ke-1 :.....*
Alamat :.....*
Hari dan Jam : .....*
Nama Praktik ke-2 :.....*
Alamat :.....*
Hari dan Jam : .....*
Nama Praktik ke-3 :.....*
Alamat :.....*
Hari dan Jam : .....*

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa saya telah memiliki tempat praktik di Faskes di alamat tersebut diatas, sebagai syarat untuk pembuatan Surat Izin Praktik Berdasarkan Surat Edaran Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK. 02.01/MENKES/6/2024 Tentang Penyelenggaraan Perizinan Bagi Tenaga Medis dan Tenaga Kesehatan Pasca Terbitnya Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan dapat dipertanggungjawabkan di depan hukum.

Mengetahui .....,tgl.....bln.....tahun.....

Nomor :
Tanggal :

Kepala UPT Puskesmas..... Yang membuat pernyataan

Mat10rb

(.....) (.....)
NIP.

** boleh dikosongkan jika tidak ada;*
** isi surat pernyataan harus tulis tangan tidak boleh diketik.*
** tanda tangan kepala puskesmas asli dan Cap basah*