Muaradua ,
……202…

Kepada
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu

Di-
Muaradua

Nomor :
Lamp : 1 (satu) Berkas
Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik (SIP)……

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap	:.....
Tempat, tanggal lahir	:.....
Jenis Kelamin	:.....
Alamat	:.....
Telp	:.....
E-mail	:.....
Tahun lulusan	:.....
Nama Praktik ke-1	:.....
Alamat	:.....
Nama Praktik ke-2	:.....
Alamat	:.....
Nama Praktik ke-3	:.....
Alamat	:.....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik ……. yang ke : ….., dengan alamat di ……., sesuai Surat Edaran Menteri Kesehatan 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.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan sebagai berikut :

a. Fotokopy Surat Tanda Registrasi (STR) terbaru;
b. Surat Keterangan Memiliki Tempat Praktik diketahui oleh Kepala Puskesmas atau Direktur RSUD sesuai wilayah kerja;
c. Surat Pernyataan Kecukupan (SKP) beserta scan barcode dari kemenkes; (perpanjangan).
d. Fotocopy SIP 1, 2, 3 (untuk perpanjangan SIP);
e. Pas foto berwarna (latar merah) ukuran 4 X 6 sebanyak 4 (empat) lembar;
f. Fotokopi KTP, NPWP dan Ijazah sesuai permohonan;
g. Fotokopi NIB Untuk Praktek Mandiri.

Demikian permohonan ini saya buat dengan data yang dapat dipertanggungjawabkan, atas perkenannya saya ucapkan terima kasih.

Hormat Kami,
Pemohon

Mat Rp. 10 rb

(……)

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*

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 :

Direktur RSUD Muaradua

(.....)
NIP.

Yang membuat pernyataan

Mat10rb

(.....)

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

SURAT PERNYATAAN PEMENUHAN KECUKUPAN SKP

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ……

Tempat Tanggal Lahir : ……

Alamat sesuai KTP : ……

Profesi : ……..

No STR : ……..

Dengan ini menyatakan akan memenuhi Kecukupan Satuan Kredit Profesi (SKP) sesuai aturan yang berlaku yang ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2024. Jika dalam waktu yang telah ditentukan saya belum bisa memenuhi SKP tersebut, saya bersedia untuk dinonaktifkan STR dan SIP yang sedang berlaku sampai dengan SKP tercukupi.

Demikian pernyataan ini saya buat, dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Yang Membuat Pernyataan

mat 10.000

(……..)

NB: Surat Pernyataan ditulis tangan