

Hal : Permohonan Surat Izin  
Praktek Dokter Bersama

Yth. Walikota Pagar Alam  
c.q. DISPMPTSPTK Kota Pagar Alam  
di -  
Pagar Alam

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

NIP :

Tempat, Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Lulusan :

Tahun Lulusan :

Nomor STR :

Tempat Bekerja :

Alamat Rumah :

Hari/ Jam Kerja :

Dengan ini menugaskan permohonan untuk mendapat izin praktek  
Pada.....

(Alamat lengkap tempat praktek yang dimohon) sesuai Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor :  
2052/MENKES/PER/X/2011. Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

- 1. Foto Copy Kartu Tanda Penduduk
- 2. Foto Copy Surat Penugasan
- 3. Foto Copy Ijazah Kedokteran
- 4. Foto Copy STR yang masih berlaku
- 5. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi Dokter
- 6. Pas photo ukuran 3 x 4 cm (2 lembar)
- 7. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi dokter yang bekerja pada instansi/ pelayanan kesehatan Pemerintah
- 8. Surat Izin Praktek (SIP) Dokter yang lama
- 9. Foto Copy NIB, SIUP dan IMB
- 10. Rekomendasi dari Dinas Kesehatan

Demikianlah atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Yang Memohon

Materai Rp. 10.000

( )