Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Dokter (SIPD)

(dokter, dokter gigi, dr/drg spesialis, Dokter Program Internsip)

Kepada Yth,

Kepala Dinas PMP2TSP Kabupaten Humbang Hasundutan

di

Doloksanggul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap : ...............................................................................................................................................

Alamat : ............................................................................Desa/Kel....................................................

Kec.......................................................Kab/Kota...................................................................

Provinsi .................................................................................................................................

Tempat/tanggal lahir : ...............................................................................................................................................

Jenis kelamin : ...............................................................................................................................................

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

Nomor STR : ...............................................................................................................................................

Masa Berlaku STR : ...............................................................................................................................................

Email : ...............................................................................................................................................

No. Telp/ Hp : ...............................................................................................................................................

dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Dokter (SIPD) ke ............(...........................) pada :

Nama Tempat Praktik : ...................................................................................................................................

Alamat Tempat Praktik : ....................................................................Desa/Kel....................................................

Kec........................................................................ Kabupaten Humbang Hasundutan

Terlampir kami sampaikan kelengkapan persyaratan sebagai berikut :

Persyaratan Umum :

1. Formulir Permohonan bermaterai Rp. 6.000;
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk pemohon;
3. Fotokopi NPWP;
4. Pasfoto berwarna ukuran 4x6 cm sebanyak 1 (satu) lembar;

Persyaratan Teknis :

1. Fotokopi Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh instasi berwenang atau surat bukti permohonan penerbitan STR yang dikeluarkan oleh instansi yang berwenang, atau bukti pengurusan secara online dan melampirkan fotokopi STR lama
2. Surat pernyataan mempunyai tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki izin sebagai tempat praktiknya;
3. Surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga medis yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu;
4. Surat rekomendasi dari organisasi profesi sesuai tempat praktik;
5. SIP Kesatu dan SIP kedua.

Khusus Dokter Program Internsip;

1. Fotokopi STR untuk kewenangan internsip yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI atau tanda terima pengurusan STR dari KKI;
2. Surat keterangan dari Komite Internsip Dokter Indonesia;
3. Surat keterangan dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik;

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.................................,..................................20

Pemohon,

Materai

Rp. 6.000,-

...........................................................

Catatan 1. Pendaftaran Permohonan dilaksanakan melalui aplikasi <https://eperizinan.humbanghasundutankab.go.id>

2. Semua persyaratan diupload ke aplikasi dalam bentuk file PDF dan JPG.

3. Hardcopy permohonan dan persyaratan di sampaikan kepada Dinas PMP2TSP Kab. Humbang Hasundutan.