

Perihal : Permohonan Surat izin Dokter Gigi & Gigi Spesialis

Kepada,
Yth. Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sleman
di.
S L E M A N

Dengan Hormat,

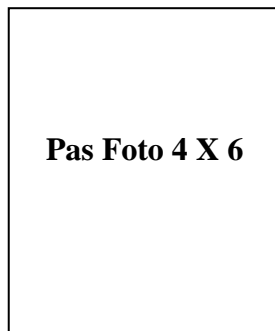
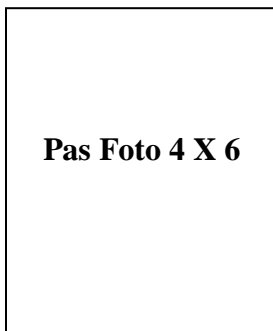
Yang bertanda Tangan di bawah ini

Nama Lengkap + Gelar	:	
Tempat/Tanggal Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	
Nomor STR	:	
Tempat Bekerja	:	
Alamat Rumah	:	
No Telp/Hp	:	
Jam Praktek	:	
SIP KE	:	

Sesuai dengan Perda Kabupaten Sleman No. 3 Tahun 2009 dan Undang-undang Praktek Kedokteran No. 29 Tahun 2004. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. Foto Copy KTP Pemohon.
2. Foto Copy Surat Tanda Registrasi (STR) asli yang telah dilegalisir oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
3. Surat Rekomendasi/Surat Pengantar dari organisasi profesi (PDGI) cabang Sleman
4. Hasil pemeriksaan kualitas air dari Laboratorium Dinas Kesehatan Kab.Sleman
5. Pas photo terbaru ukuran 4x6 = 2 lbr, 3x4 = 1 lbr
6. Surat pernyataan telah memiliki tempat praktek bermaterai Rp 6.000,-
7. Surat kuasa bermaterai Rp 6.000,-
8. Foto Copy KTP yang diberi kuasa.
9. Jika SIP ke-2 / 3 Mekan melampirkan fc SIP ke 1 & 2

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.



Sleman,.....

Pemohon

(.....)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda Tangan di bawah ini

Nama Lengkap + Gelar	:	
Tempat / Tanggal Lahir	:	
Jenis Kelamin	:	
Alamat Rumah	:	

Menyatakan bahwa dengan sesungguhnya bahwa sebelum mengajukan permohonan surat praktik ini saya telah mendapatkan izin praktik di lokasi lain sebagai berikut :

1.

Tempat Praktek	:	
Alamat Praktek	:	
Hari , Jam Praktek	:	

2.

Tempat Praktek	:	
Alamat Praktek	:	
Hari , Jam Praktek	:	

3.

Tempat Praktek	:	
Alamat Praktek	:	
Hari , Jam Praktek	:	

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan bertanggung jawab atas kebenarannya.

Sleman,
Yang menyatakan,

Materai (Rp. 6.000,-)

.....