

Perihal : Permohonan Surat izin PPDS

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	:	

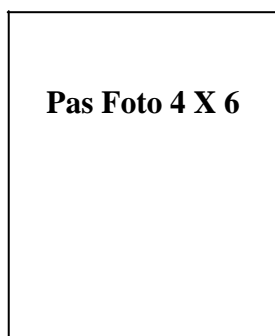
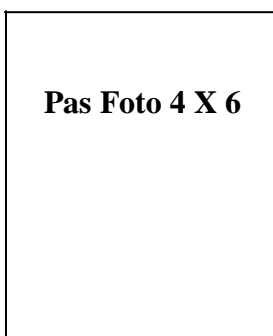
Sesuai dengan Perda Kabupaten Sleman No. 16 Tahun 2012 dan Undang-undang Praktek Kedokteran No. 29 Tahun 2004. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini

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 (IDI) cabang Sleman
4. Pas photo terbaru ukuran 4x6 = 2 lbr, 3x4 = 1 lbr

Demikian atas perhatiannya kami ucapkan terimakasih.

(*) = Bila Menguasakan ke Orang / Pihak Lain



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,-)

.....