Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik

 (SIP) Dokter Umum di Fasilitas

 Pelayanan Kesehatan

 Kepada Yth,

 Kepala Unit Pelaksana PTSP

Kelurahan ......................... Di Jakarta

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

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

Alamat Rumah : .................................................................................

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

Tempat / Tanggal Lahir : ……………………………………………………….

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan (\*)

Lulusan : ……………………………………………………….

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

Status Kepegawaian : PNS / PPT / Swasta / TNI - Polri / Pensiunan (\*)

No. STR : ………………………………………………………

Masa Berlaku STR : ………………………………………………………

Nomor Rekomendasi OP : ...............................................................................

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke 1 (satu) / ke 2 (dua) / ke 3 (tiga) (\*) di lokasi :

Nama Faskes : ………………………………………………….

Alamat Faskes : …....................................................................

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Umum seperti yang terdapat dalam [www.pelayanan.jakarta.go.id](http://www.pelayanan.jakarta.go.id).

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Umum ini adalah ***Benar dan Sah.*** Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan dan pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Atas perkenan Bapak / Ibu, kami ucapkan terima kasih

 Jakarta, .………………………..

 Yang memohon

 ( ……………………………….. )

(\*) Coret yang tidak perlu

**SURAT PERNYATAAN TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

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

Tempat/Tanggal Lahir : .......................................................................................

Alamat Rumah : Jl. …………………………………………………….

 Kel. …………………… Kec. ………………………

 Kota …………………………..........…………………

Menyatakan bahwa tempat praktik saya adalah di :

1. Tempat Praktik ke 1 (satu) : ......................................................................................

Alamat Praktik : Jl. …………………………………………........…….

 Kel. …………………… Kec. ………………………

 Kota ……………………………………..........………

 No. Telp / Fax / HP …………………………………..

 Hari / Jam Praktik : ................................................

 (*terlampir fotocopy SIP*)

1. Tempat Praktik ke 2 (dua) : ......................................................................................

Alamat Praktik : Jl. …………………………………………………….

 Kel. …………………… Kec. ………………………

 Kota ……………………………………..........………

 No. Telp / Fax / HP …………………………………..

 Hari / Jam Praktik : ................................................

 (*terlampir fotocopy SIP*)

1. Tempat Praktik ke 3 (tiga) : ......................................................................................

Alamat Praktik : Jl. …………………………………………………….

 Kel. …………………… Kec. ………………………

 Kota ……………………………………..........………

 No. Telp / Fax / HP …………………………………..

 Hari / Jam Praktik : ................................................

Demikian Surat Pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Jakarta,

Yang membuat pernyataan,

 Materai *sesuai peraturan yang berlaku*

( )

**SURAT PERNYATAAN**

**TUNDUK PADA PERATURAN YANG BERLAKU**

Yang bertanda tangan dibawah ini, :

Nama : ...............................................................................

Nama Fasilitas Kesehatan : ………………………………………………………...

Alamat Fasilitas Kesehatan : ...............................................................................

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

Dengan ini saya menyatakan siap melaksanakan :

1. Ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam menyelenggarakan praktik kedokteran.
2. Tidak melakukan tindakan aborsi
3. Tidak melanggar/melakukan asusila dan perbuatan diluar etika profesi;
4. Tidak melakukan tindakan yang melanggar hukum; dan
5. Taat dan tunduk pada peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

Jika saya melanggar, maka saya siap diberikan sanksi sesuai dengan hukum yang berlaku.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, ..................................

 Yang membuat pernyataan,

 Materai *sesuai peraturan yang berlaku*

( )

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

|  |
| --- |
| **SURAT KUASA** |
|  |
| Yang bertanda tangan di bawah ini Saya : |
| Nama  | :  | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIK | :: | …………………………………………………..………………………………………………….........................................................................…………………………………………………. |
| Nama Badan Hukum *(bila badan hukum/yayasan)* | : | ...................................................................... |
| Alamat Perusahaan*(bila badan hukum/yayasan)*  | : | …………………………………………………..…………………………………………………..………………………………………………….. |
|  |  |  |
| Dengan ini memberi kuasa kepada : |
| Nama  | : | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIKJabatan | ::: | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Untuk mengurus/menyelesaikan persyaratan administrasi dan/atau persyaratan teknis permohonan Perizinan/ Non Perizinan surat di Unit Pelaksana PTSP Kelurahan……. |
|  |
| Demikian Surat Kuasa ini dibuat agar dapat dipergunakan seperlunya. |
|  |
|  |  Jakarta…………………. |
|  Yang menerima Kuasa, | Yang memberi Kuasa, |
|  |  |
|  | *Ttd dan/atau cap* *diatas materai sesuai peraturan yang berlaku*  |
|  |  |
|  (....................................) | ……………………………(Jabatan) |