

FORMULIR PERMOHONAN IZIN PRAKTIK
DOKTER GIGI SPESIALIS

Nomor : Siak Sri Indrapura, 2024
Lampiran : Kepada Yth,
Perihal : Permohonan Izin Praktik Dokter Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Gigi Spesialis Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak
di-
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Email :
No.hp :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Gigi Spesialis untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1 Fotokopi KTP Pemohon/ Pemilik sarana
- 2 Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
- 3 Foto Kopi NPWP Pemohon/ Pemilik sarana
- 4 Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
- 5 Foto Kopi Ijazah dilegalisir
- 6 Surat keterangan sehat dari Dokter Pemerintah
- 7 surat keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
- 8 Rekomendasi Puskesmas setempat (untuk praktik mandiri)
- 9 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
- 10 Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter Gigi Spesialis yang bekerja pada Instansi fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/ Fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
- 11 Pas Foto Ukuran 3x 4 cm (3 Lembar)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....

Pemohon ,

Materai
Rp. 10.000,-

.....

**FORMULIR PERMOHONAN PERPANJANGAN IZIN
PRAKTIK DOKTER GIGI SPESIALIS**

Nomor : Siak Sri Indrapura, 2024
Lampiran : Kepada Yth,
Perihal : Permohonan Perpanjangan Izin Praktik Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Dokter Gigi Spesialis Terpadu Satu Pintu Kabupaten Siak
di-
Siak Sri Indrapura

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat, tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR :
Email :
No.hp :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) Dokter Gigi Spesialis untuk tempat praktik yang ke dengan alamat di

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

- 1 Fotokopi KTP Pemohon/ Pemilik sarana
- 2 Surat Kuasa dan Fotokopi KTP apabila Pengurusan diwakilkan;
- 3 Foto Kopi NPWP Pemohon/ Pemilik sarana
- 4 Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI)
- 5 Foto Kopi Ijazah dilegalisir
- 6 Surat keterangan sehat dari Dokter Pemerintah
- 7 surat keterangan tempat praktik atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya;
- 8 Surat pernyataan kecukupan SKP
- 9 Bukti pemenuhan kecukupan SKP
- 10 Rekomendasi Puskesmas setempat (untuk praktik mandiri)
- 11 Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab.Siak
- 12 Surat persetujuan dari atasan langsung bagi Dokter Gigi Spesialis yang bekerja pada Instansi fasilitas pelayaan kesehatan pemerintah atau pada instansi/ Fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu
- 13 Pas Foto Ukuran 3x 4 cm (3 Lembar)
- 14 Surat izin Praktik Dokter yang lama (Asli)

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

.....,

Pemohon ,

Materai
Rp. 10.000,-

.....