|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Perihal : permohonan Surat Izin Praktik ( SIP ) |  | Kepada : |
| Dokter / Dokter Gigi / Dokter Spesialis |  | Yth. Kepala Dinas Kesehatan |
| (**coret yang tidak perlu** ) |  | Kota Blitar |
|  |  | Jl. S. Supriadi No. 61 Kota Blitar |
|  |  | Di |
|  |  | B l i t a r |

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap dan gelar : ……………………………………………………….

Alamat : ……………………………………………………….

Tempat, tanggal lahir : ……………………………………………………….

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

Tahun lulusan : ……………………………………………………….

Nomor STR : ……………………………………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) untuk tempat praktik yang ke **: ( wajib diisi sesuai dengan pengajuan tempat praktik ke berapa)**

1. .......................................... alamat : .................................................................
2. .......................................... alamat : .................................................................
3. .......................................... alamat : .................................................................

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini di lampirkan :

1. KTP
2. Surat Tanda Registrasi ( STR )
3. Surat keterangan tempat praktik ( Surat keterangan dari pimpinan fasyankes dan/atau surat keterangan memiliki tempat praktik mandiri untuk yang mandiri )
4. Bukti kecukupan Satuan Kredit Profesi ( SKP )
5. Surat pernyataan kecukupan SKP bermaterai Rp. 10.000
6. Pas Foto berwarna terbaru ukuran 4x6 cm format jpg atau jpeg
7. Form permohonan bermaterai Rp. 10.000
8. Surat pernyataan melaksanakan praktik kedokteran ( agar disebutkan tempat praktik kesatu/kedua/ketiga )
9. SIP pertama apabila mengajukan SIP kedua dan atau SIP kedua jika mengajukan SIP ketiga
10. Bukti pemenuhan kompetensi ( bagi named yang memiliki STR seumur hidup namun tidak pernah praktik lebih dari 5 ( lima ) tahun terhitung sejak sebelum Undang – Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan diundangkan.

Demikian atas perhatiaannya Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Blitar, ………………………

**Pemohon**

**MATERAI**

**RP. 10.000**

( ………………………………………….)

Form 1

SURAT PERNYATAAN

MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama lengkap dan gelar | : | .............................................................................................................. |
| Tempat, tanggal lahir | : | .............................................................................................................. |
| Alamat rumah | : | .............................................................................................................. |
| No. Telp/ HP | : | .............................................................................................................. |
| Email | : | .............................................................................................................. |
| Nomor STR | : | .............................................................................................................. |
| Masa berlaku STR sampai | : | .............................................................................................................. |

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya memiliki tempat praktik mandiri *Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis \*)* pada :

Nama tempat praktik : ………………………………………………………………

Alamat lengkap : ………………………………………………………………

………………………………………………………………

Hari dan jam praktik : Hari praktik : ……………………………………………….

Jam praktik : …………………………..…………………

Demikian surat permyataan praktik mandiri ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

|  |
| --- |
| Blitar, ……………………. |
| **MATERAI**  **RP. 10.000** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |

SURAT PERNYATAAN

MELAKSANAKAN PRAKTIK KEDOKTERAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

* Nama : ………………………………………..
* Alamat Rumah : ………………………………………..
* Telp / HP : ………………………………………..
* Kualifikasi : Dokter Umum/Dokter Gigi/Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis \*)

( **\*) : coret yang tidak perlu**)

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Saya telah melaksanakan Praktik Kedokteran di wilayah Indonesia sebagai berikut **( wajib diisi )** :

**( Alamat / Hari / Jam Praktik Kedokteran )**

1. Tempat Praktik 1

Nama Fasyankes : …………………………………………

Alamat : …………………………………………

Hari : …………………………………………

Jam Praktik Kedokteran : …………………………………………

Nomor SIP : …………………………………………

1. Tempat Praktik 2

Nama Fasyankes : …………………………………………

Alamat : …………………………………………

Hari : …………………………………………

Jam Praktik Kedokteran : …………………………………………

Nomor SIP : …………………………………………

1. Tempat Praktik 3

Nama Fasyankes : …………………………………………

Alamat : …………………………………………

Hari : …………………………………………

Jam Praktik Kedokteran : …………………………………………

Nomor SIP : …………………………………………

Demikian surat pernyataan melaksanakan praktik kedokteran dibuat dengan sebenar – benarnya.

Blitar, ……………………….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KOP FASYANKES

**SURAT KETERANGAN**

**PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Nomor : ……………………………………

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur/Kepala/Pimpinan \*) RS/Puskesmas/Klinik/Laboratorium \*) …. ………………… dengan ini menerangkan dengan sebenarnya bahwa :

Nama dokter : ……………..

NIP : ……………..

Pangkat Gol : ………………

Jabatan : ……………..

Alamat rumah : …………….

Yang bersangkutan melaksanakan praktik kedokteran di ……………………………(nama fasyankes ), terhitung mulai …………….. sampai sekarang dan masih dalam jabatan tersebut.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan pengajuan baru/perpanjangan izin praktik dokter .

|  |
| --- |
| Blitar, ………………………… |
| Pimpinan Fasyankes |
|  |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |