|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nomor : ...............................  Lampiran : ...............................  Perihal : ............................... | Yth : | Kepada  Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Lamandau  di-  NANGA BULIK |

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tempat / Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jenis Kelamin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pendidikan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tahun Lulus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No. STR : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor Rekomendasi OP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat Email Aktif : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP) pada Unit Kerja/Praktek Mandiri sebagai berikut :

Nama Tempat Praktek : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat Praktek : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan :

1. Surat pernyataan kebenaran dokumen bermetrai Rp. 6.000;
2. Fotocopy ijazah tenaga kesehatan;
3. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan dan masih berlaku;
4. Surat rekomendasi dari organisasi profesi;
5. Surat keterangan berbadan sehat dari dokter yang memiliki SIP yang masih berlaku;
6. Surat rekomendasi dari **Dinas Kesehatan**;
7. Fotocopy KTP;
8. Fotocopy kartu tanda anggota organisasi profesi;
9. Foto copy Kartu NPWP Perorangan/Berbadan Hukum;
10. Pas photo berwarna (latar belakang warna merah) ukuran 4x6 sebanyak 2 lembar dan ukuran 3x4 sebanyak 2 lembar.
11. Surat Rekomendasi dari Kepala Puskesmas / Direktur Rumah Sakit Umum Daerah tempat berkerja.

Demikian atas perhatian Bapak kami ucapkan terima kasih.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Pemohon,  ........................................ |

**SURAT PERNYATAAN KEBENARAN DOKUMEN**

Yang bertanda Tangan dibawah :

1. Nama : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Nomor KTP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Tempat Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Pekerjaan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Alamat Tempat Tinggal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa :

1. Semua dokumen yang kami berikan untuk memenuhi persyaratan pengurusan Surat Izin Praktek (SIP) sebagaimana terlampir adalah sah/legal dan data dokumen yang dilampirkan adalah benar.
2. Apabila dikemudian hari ternyata ditemukan bahwa sebagian dan atau seluruh dokumen yang telah kami sampaikan tidak benar atau tidak sah, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku dan setuju Surat Izin Praktek (SIP) yang telah diberikan untuk dicabut dan tidak berlaku lagi.

Demikian Pernyataan ini kami buat dengan sadar dan penuh tanggung jawab tanpa paksaan dari pihak manapun.

Yang membuat pernyataan,

*Materai 10.000*

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

PEMERINTAH KABUPATEN LAMANDAU

## **DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN**

**TERPADU SATU PINTU**

Alamat : Jalan Batu Batunggui No. 039, Nanga Bulik

**SURAT IZIN PRAKTEK (SIP) DI FASILITAS KESEHATAN PEMERINTAH**

**DATA PEMOHON**

Nama Pemohon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Alamat Pemohon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

No Tlp/HP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATA PERMOHONAN**

Tgl. Surat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tgl. Diterima : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor Surat : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Petugas : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nomor Agenda : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Loket Pendaftaran

**JENIS PERMOHONAN**

□ BARU □ PERPANJANGAN □ PERUBAHAN

**DAFTAR SIMAK KELENGKAPAN DOKUMEN PERMOHONAN PERIZINAN :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Persyaratan** | **Kelengkapan Berkas**  **(FO)** | | **Verifikasi Berkas**  **(Kasi)** | |
| 1 | Surat Permohonan; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 2 | Surat pernyataan kebenaran dokumen bermetrai Rp. 6.000; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 3 | Fotocopy ijazah tenaga kesehatan; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 4 | Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) yang diterbitkan dan masih berlaku; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 5 | Surat rekomendasi dari organisasi profesi; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 6 | Surat keterangan berbadan sehat dari dokter yang memiliki SIP yang masih berlaku; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 7 | Surat rekomendasi dari **Dinas Kesehatan**; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 8 | Fotocopy KTP yang masih berlaku; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 9 | Fotocopy kartu tanda anggota organisasi profesi; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 10 | Foto copy Kartu NPWP Perorangan/Berbadan Hukum; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 11 | Surat Rekomendasi dari Kepala Puskesmas / Direktur Rumah Sakit Umum Daerah tempat berkerja; | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |
| 12 | Pas photo berwarna (latar belakang warna merah) ukuran 4x6 sebanyak 2 lembar dan ukuran 3x4 sebanyak 2 lembar | □ Ada | □ Tidak | □ Sesuai | □ Tidak |

|  |  |
| --- | --- |
| Penerima,  ( ................................................ ) | Pemohon,  ( ...........................................) |