

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kabupaten Kepahiang
di-
Kepahiang

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut (SIPTGM)

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Lengkap :
NIK :
Alamat Tempat Tinggal :
No STR :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut. Sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan:

1. Fotokopi ijazah;
2. Fotokopi STR yang masih berlaku dilegalisir/berbarcode;
3. Surat Keterangan Sehat dari dokter yang mempunyai surat izin praktik;
4. Surat pernyataan memiliki tempat praktik di fasilitas pelayanan kesehatan atau tempat praktik mandiri;
5. Rekomendasi dari Organisasi Profesi;
6. Fotokopi SIP yang sudah terbit (jika mengajukan SIP yang kedua);
7. SIP lama (Jika memperpanjang SIP);
8. Fotokopi KTP atau Surat Keterangan Domisili (Jika alamat di KTP berbeda dengan alamat sekarang, dan bagi pemohon yang tinggal di luar Kabupaten Kepahiang, Rejang Lebong dan Bengkulu Tengah);
9. Fotokopi NPWP;
10. *Softcopy* dalam format pdf untuk seluruh berkas (Surat Permohonan dan Lampiran 1 s.d 9)
11. *Softcopy* Pas photo dalam bentuk JPG/JPEG;

Demikian permohonan ini disampaikan, atas perhatian Bapak/Ibu saya ucapkan terima kasih.

Kepahiang,20.....
Pemohon

Materai
10.000

.....

NB : Berkas dibuat rangkap 2, masing-masing dimasukkan ke dalam map plastik tali/kancing warna kuning

DATA PEMOHON SURAT IZIN PRAKTIK (SIP)

1. Nama Lengkap :
2. Tempat, Tanggal Lahir :
3. Alamat Rumah/Domisili :
4. NIK :
5. NPWP :
6. Pekerjaan :
7. HP/WA :
8. Email :
9. Nomor STR :
10. Tanggal STR :
11. Masa Berlaku STR :
12. Nama Tempat Praktik : 1.
2.
13. Lokasi Tempat Praktik : 1.
2.
14. Izin Praktik Ke- :
15. Nomor Rekomendasi
Organisasi Profesi (OP) :
16. Tanggal Rekomendasi OP :
17. Pemberi Rekom OP :