



CHECK LIST
PERSYARATAN MENGURUS PENAMBAHAN
REKOMENDASI IZIN
PRAKTIK DOKTER SPESIALIS

1. Mengisi lengkap form 1	<input type="checkbox"/>
2. Fotokopi SIP (Surat Izin Praktik) yang telah dimiliki: 1 lbr	<input type="checkbox"/>
3. Surat keterangan bekerja dari Sarana Kesehatan (RS/Klinik) <i>kecuali</i> praktik mandiri	<input type="checkbox"/>
4. Fotokopi Izin Sarana Operasional bagi yang berpraktik di Sarana Kesehatan – RS/Klinik (untuk Sarana Kesehatan yang masih dalam proses pengurusan, mohon dilampirkan surat pernyataan bahwa izin sarana masih dalam pengurusan)	<input type="checkbox"/>
5. Surat rekomendasi dari Perhimpunan Dokter Spesialis terkait	<input type="checkbox"/>
6. Membayar rekomendasi izin praktik sebesar Rp. 400.000,- per satu tempat praktik dan membawa bukti pembayaran asli atau fotokopi: 1 lbr Pembayaran ditransfer ke: BRI No. Rek. 04150.10000.30569 a.n. IDI Cabang Jakarta Utara	<input type="checkbox"/>

FORM REKOMENDASI IJIN PRAKTEK

Perihal : Permohonan Rekomendasi Ijin Praktek
Tenaga Medis Dokter / Dokter Spesialis

(Rev. VIII/Mar 2021)

Kepada Yth,
Ketua IDI Cabang Jakarta Utara
Di – Jakarta

Salam sejawat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : NPA :
Tempat / tanggal lahir :
Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan
Dokter Spesialis :
Lulusan : tahun.....
Tempat bekerja :
Alamat rumah : Jln.....
Rt/RW Telp./ HP.....
Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten / Kotamadya :

Dengan ini mengajukan permohonan Rekomendasi Ijin Praktek pada alamat :

1. Nama sarana pelayanan kesehatan :
Alamat : Jl.
Rt/Rw..... Telp / HP
Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten / Kotamadya :
2. Nama sarana pelayanan kesehatan :
Alamat : Jl.....
Rt/Rw..... Telp / HP.....
Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten / Kotamadya :
3. Nama sarana pelayanan kesehatan :
Alamat : Jl.
Rt/Rw..... Telp / HP.....
Kelurahan :
Kecamatan :
Kabupaten / Kotamadya :

Sebagai bahan pertimbangan, saya lampirkan bersama permohonan ini :

1. Foto copy SIP yang sudah ada
2. Surat Keterangan bekerja dari Sarana (RS/Klinik) *kecuali* praktik mandiri
3. Foto copy Izin Sarana bagi yang berpraktek di Sarana (untuk Sarana Kesehatan yang masih dalam proses pengurusan, mohon dilampirkan surat pernyataan bahwa izin sarana masih dalam pengurusan)
4. Surat rekomendasi dari perhimpunan spesialis terkait.
5. Surat Kuasa Pengurusan bila saya menguasai pengurusan kepada orang lain.

Demikian permohonan ini saya buat dengan sebenarnya, sungguh-sungguh dan penuh rasa tanggung jawab.
Besar harapan saya bila permohonan ini dapat dikabulkan.

Jakarta,.....
Hormat saya,

(.....)
NPA IDI :

SURAT KUASA PENGURUSAN
REKOMENDASI IJIN PRAKTIK DOKTER

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Tempat/tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Alamat :
.....
.....

Memberikan Kuasa untuk pengurusan Rekomendasi Ijin Praktik Dokter saya kepada :

Nama :
No. KTP :
Tempat/tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Pekerjaan :
Alamat :
.....
.....
Handphone :

Dengan Surat Kuasa ini saya menyatakan bahwa :

1. Saya mengisi sendiri semua formulir yang disediakan oleh IDI Cabang Jakarta Utara.
2. Saya menandatangani sendiri semua formulir yang diberikan kepada saya.
3. Saya bertanggung jawab penuh atas semua data yang tertulis di dalam formulir adalah benar.

Demikian Surat Kuasa ini saya buat, agar yang berkepentingan maklum.

Jakarta,

Yang memberi kuasa,

Yang diberi Kuasa,

(METERAI Rp. 10.000,-)

.....

- **Wajib melampirkan FC KTP Pemberi Kuasa dan Penerima Kuasa**