

Sesuai dengan Undang-undang Nomor : 29 Tahun 2004 dan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 512/Menkes/Per/IV/2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran, maka sebagai bahan pertimbangan bersama ini saya lampirkan :

1. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) : 1 Lbr
2. Foto copy Ijazah : 1 Lbr
3. Foto copy Surat Tanda Registrasi (STR) yang masih berlaku : 1 Lbr
4. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi di wilayah tempat praktik
5. Foto copy SIP yang telah dimiliki
6. Pas Foto berwarna terbaru ukuran 3X4 sebanyak : 1 (satu)
7. Foto copy Sertifikat Kolegium/Rekomendasi dari Persatuan Spesialis
8. Foto Copy Kartu Tanda Anggota IDI 1 (satu) lembar.
9. Surat izin dari pimpinan instansi/sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dimaksud bekerja.
10. Pembayaran ke Acc

BRI : 04150.10000.30569 a.n. IDI Cabang Jakarta Utara

Dr. Umum Wilayah DKI	Rp. 100.000
Dr. Umum Luar Wil.DKI	Rp. 400.000
Dr. Spesialis Wilayah DKI	Rp. 400.000
Dr. Spesialis Luar Wil. DKI	Rp. 600.000

Perihal : Permohonan Leg.Rekomendasi SIP
Dokter Spesialis/Umum

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
NPA IDI :
Tempat/TglLahir :
Jenis Kelamin :
No HP :
Alamat Rumah :
.....
Lulusan / Tahun :
No Registrasi (STR) :
Tempat Bekerja :
Nomor Rekomendasi OP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik (SIP) yang ke...

Maka tempat praktik yang saya miliki adalah :

1. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat :
Rt/Rw.....Kelurahan.....
Kec.....Kota.....
2. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat :
Rt/Rw.....Kelurahan.....
Kec.....Kota.....
3. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat :
Rt/Rw.....Kelurahan.....
Kec.....Kota.....

Jakarta,

(.....)