Perihal : Permohonan Surat Ijin Praktek (SIP)
Dokter Umum, Gigi, Spesialis

Kepada Yth
Kepala Dinas Penanaman Modal Dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kab. Gowa
Di-
Tempat

Dengan Hormat
Yang Bertanda tangan dibawah ini

Nama Lengkap	:
Alamat	:
Tempat, Tanggal Lahir	:
Jenis Kelamin	:
Tahun lulus/Asal	:
Nomor STR	:
Nomor Handphone	:

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek (SIP) untuk yang ke kali.
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini di lampirkan,

1. Memiliki surat tanda registrasi dokter atau surat tanda registrasi dokter gigi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku.
2. Fotocopy surat keputusan penempatan dalam jangka masa bakti atau surat bukti telah selesai menjalankan masa bakti atau surat keterangan menunda masa bakti yang telah dilegalisir oleh pejabat yang berwenang.
3. Surat Pernyataan memiliki tempat praktek.
4. Surat rekomendasi dari Organisasi profesi diwilayah tempat praktek.
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar.
6. Surat persetujuan dari puskesmas setempat (wilayah tempat praktek).
7. Fotocopy KTP sebanyak 1 (satu) lembar.

Catatan ;

Bagi anggota IDI/PDGI kab / kota diluar kabupaten gowa harus mengambil

a. Rekomendasi IDI/PDGI asal (Rujukan)
b. Rekomendasi IDI Wilayah

Demikian disampaikan atas perhatian bapak / ibu, kami ucapkan terima kasih.

Sungguminasa,……..

Yang bermohon

(……..)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: dr. Iwan Honest
Alamat	: Jl. Poros Pallangga No. 12B Mangalli, Pallangga
Tempat/Tanggal Lahir	: Sungguminasa,25/08/1977
Jenis Kelamin	: Laki – Laki
NPA IDI Cabang	: 2305.57669
No. STR	: 73.2.1.100.2.11.005709

Menyatakan memiliki tempat praktek di Apotek Karuna Medika Jl. Poros Pallangga No. 12 B Mangalli, Kec. Pallangga

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat sebagai salah satu syarat pengurusan perpanjangan Surat Izin Praktek di tempat yang tersebut di atas.

Mangalli, 1 November 2016
Dengan Hormat,

dr. Iwan Honest

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama	: Yuyun Tito Amalia Indrawati, SE
Alamat	: Perum. Bumi Alya Permai No. 2 Sungguminasa
No. KTP	: 7306084204820008

Dengan ini Menyatakan ,bahwa saya tidak pernah terlibat pelanggaran Undang – Undang di bidang Farmasi / Obat

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat sebagai salah satu syarat pengurusan Surat Izin Apotek di atas

Mangalli, 1 November 2016
Dengan Hormat,

Yuyun Tito Amalia, SE