



SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER/DOKTER GIGI

| No | Persyaratan |
|-----------|---|
| 1 | Mengisi formulir permohonan perizinan kepada Bupati Kotawaringin Barat cq. Kepala DPMPTSP (baru / perpanjangan) |
| 2 | Fotokopi KTP pemohon (baru / perpanjangan) |
| 3 | Fotokopi STR yang diterbitkan dan dilegalisasi asli oleh KKI |
| 4 | Surat pernyataan mempunyai tempat praktik, atau surat keterangan dari fasilitas pelayanan kesehatan sebagai tempat praktiknya |
| 5 | Surat Persetujuan/penolakan dari atasan langsung bagi Dokter dan Dokter Gigi yang bekerja pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah atau pada instansi/fasilitas pelayanan kesehatan lain secara purna waktu |
| 6 | Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi, sesuai tempat praktik |
| 7 | SIP Dokter/Dokter Gigi yang masih berlaku (perpanjangan) |
| 8 | Surat Kuasa (jika dikuasakan) (baru / perpanjangan) |
| 9 | Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Kotawaringin Barat (baru / perpanjangan) |
| 10 | Pas foto berwarna ukuran 4x6 sebanyak 3 (tiga) lembardan 3x4 sebanyak 2 (dua) lembar (baru / perpanjangan) |