|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 Kepada

 Yth.Bupati Kotawaringin Barat

 u.p. Kepala Dinas Penanaman Modal dan

 PTSP Kabupaten Kotawaringin Barat

 di-

 Pangkalan Bun

 Formulir III

**Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik**

 **Elektromedis (SIP-E)**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : .........................................................................................................

Alamat : .........................................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : .........................................................................................................

Jenis Kelamin : .........................................................................................................

Tahun Lulusan : .........................................................................................................

Nomor STR-E : ........................................................................................................

No. telp / HP : ………………………………………………………………………….

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin PraktikElektromedis (SIP-E) pada..........................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

(sebut nama fasilitas pelayanan kesehatan, fasilitas kesehatan atau tempat praktik dan alamat) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 45 Tahun 2015 tentang Izin dan Penyelenggaraan PraktikElektromedis.

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini dilampirkan :

1. Fotokopi ijazah yang dilegalisasi;
2. Fotokopi STR-E;
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik;
4. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan atau Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan (Aktif Kerja)
5. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4 x 6 cm sebanyak 4 (empat) lembar berlatar belakang merah
6. Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atau pejabat yang ditunjuk;
7. Rekomendasi dari Organisasi Profesi
8. Fotokopi KTP (bila alamat tempat tinggal sekarang berbeda dengan KTP lampirkan keterangan domisili dari kelurahan)
9. Fotokopi NPWP (bila ada)
10. Rangkap 2

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Pangkalan Bun, ...........................................

Yang memohon,

Materai 10000/

 Materai 6000X2

(..................................................)