



IKATAN DOKTER INDONESIA

(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)

CABANG TANGERANG

Komplek TU No. 2 Jl KH Hasyim Ashari Buaran Indah – Tangerang 15119
Telp : 021-55701190 Fax : 021-55701189 E-mail : idi.cabangtangerang@gmail.com

Form. Permohonan Rekomendasi SIP IDI Cabang Tangerang

Dengan hormat,

Nama :
Tempat & Tanggal lahir :
Institusi Pendidikan :
Tahun Lulus Terakhir :
Status Kepegawaian : Dokter PNS / BUMN / TNI / POLRI/ Swasta/ Non Pegawai (* Coret yang tidak perlu)
Dokter Purna Waktu / Full Timer pada Rumah Sakit
Anggota IDI Cabang :
NPAC / NPA IDI :
Alamat Rumah :
No. STR : Masa Berlaku
No. Telp / HP : Alamat Email

Dengan ini mengajukan permohonan Surat Rekomendasi IDI Cabang Tangerang untuk **mendapatkan / memperpanjang / merubah** Surat Izin Praktek yang ke di sarana kesehatan / praktek pribadi pada :

1. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat lengkap :
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
2. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat lengkap :
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
3. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat lengkap :
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....

Dan sudah mempunyai Surat Izin Praktek (SIP) di

1. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat lengkap :
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
2. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat lengkap :
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
3. Nama Sarana Kesehatan :
Alamat lengkap :
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....

Sebagai bahan pertimbangan, saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saat ini, saya tidak sedang menjalani sanksi profesi atau sanksi hukuman apapun dan bersama ini saya lampirkan berkas sesuai dengan **Permenkes No. 2052 / Menkes / PER / X / 2011** :

1. 1 lembar E-STR yang dikeluarkan oleh KKI (Konsil Kedokteran Indonesia)
2. 1 lembar fotokopi ijazah Dokter Umum
3. 1 lembar fotokopi ijazah Dokter Spesialis (**bagi dokter spesialis**)
4. Copi Sertifikat / Surat keterangan Gelar Tambahan
5. 1 lembar fotokopi KTP / Surat Domisili
6. 1 lembar fotokopi SIP yang sudah ada / Fotocopi tanda terima kepengurusan SIP / Fotocopi rekomendasi dari IDI setempat jika SIP masih dalam proses
7. 1 lembar pas foto 2 x 3 berwarna untuk dipasang di formulir
8. 1 lembar fotokopi Surat Keterangan Izin atasan langsung bagi dokter yang bekerja di Intansi Pemerintah
9. Surat Pengantar Asli dari IDI Cabang asal yang bersangkutan (**bagi dokter non anggota IDI Cabang Tangerang**)
10. Fotocopi Surat Keterangan dari Perhimpunan Dokter Spesialis (**bagi dokter spesialis**) untuk yang praktek diwilayah Banten minta rekomendasi dari Perhimpunan Cabang Banten.
11. Surat Keterangan bekerja Asli dari pimpinan RS, RSIA, RB, Apotek, Puskesmas, klinik atau intansilainya, **bagi yang praktek pribadi, menyertakan Surat Pernyataan Pribadi**
12. Fotocopi Ijin Klinik dari OSS (Untuk yang ijin kliniknya telah selesai)
13. 1 lembar fotokopi SIP lama yang akan diperpanjang masa berlakunya. (**bagi perpanjangan masa berlaku SIP**)
14. Fotocopi Surat Keterangan Pencabutan SIP dari Dinas Kesehatan atau BPPT setempat. (**bagi perubahan SIP**) / Surat pernyataan tidak praktek.

Atas perhatian dan bantuannya, saya ucapkan terima kasih

Catatan :

- Mohon isi formulir dengan lengkap**
- Jika ada persyaratan yang belum lengkap, kami akan mengembalikan Berkas tersebut**
- Berkas hanya berupa Fotocopian, Tidak Menerima yang Asli**
- Tidak Menerima Fotocopi Berwarna**
- Proses Rekomendasi ± 7 hari Kerja dari berkas lengkap**

Tangerang,.....

Pemohon

Foto

2x3