

FORMULIR

Nomor : -
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Izin Praktek Dokter

K e p a d a
Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal
dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
di -
M a m u j u

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat Tempat Tinggal :
Lulusan :
Tahun Lulusan :
Nomor SIP :
Tempat Praktek :
Email :

Bersama ini kami upload dokumen Asli hasil scan pada website <http://dpmpstsp.mamujukab.go.id> dan memperlihatkan dokumen Asli untuk dilakukan verifikasi faktual sesuai dengan syarat-syarat serta petunjuk untuk mengajukan permohonan antara lain :

1. Mengisi formulir permohonan
2. File scan Asli KTP
3. File scan Asli NPWP (Keterangan Status Wajib Pajak dari Kementerian yang membidangi urusan keuangan melalui Direktorat Jenderal Pajak)
4. File scan Asli STRRO atau STRO
5. File scan Asli Ijazah pendidikan refraksionis optizen
6. Surat Keterangan dari Dokter yang memiliki Surat Izin Praktek
7. File scan Asli surat pernyataan memiliki tempat kerja di Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan;
8. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
9. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan
10. File scan Asli Rekomendasi Dari Organisasi Profesi;
11. File scan Asli Rekomendasi Dari Dinas Kesehatan Kab.Mamuju
12. File Pas foto ukuran 4 x 6 sebanyak 3 lembar berlatar belakang merah

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih

Mamuju, 20
Hormat kami/Pemohon,

Keterangan :

- © : dilampirkan apabila terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah
- Jika tidak memiliki BPHTB, mengupload File Scan Asli Surat Keterangan yang menyatakan tidak terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah (mandiri)
 - File Scan Asli dalam bentuk PDF.