

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 :

- a. Mengisi Formulir Permohonan
- b. File scan Asli KTP
- c. File scan Asli NPWP (Keterangan Status Wajib Pajak Dari Kementerian Yang Membidangi Urusan Keuangan Melalui Direktorat Jenderal Pajak)
- d. File scan Asli Asli STR Dokter Yang Diterbitkan Oleh Konsil Kedokteran Yang Masih Berlaku
- e. File scan Asli Surat Penempatan Dalam Rangka Masa Bakti atau Surat Bukti Telah Selesai Menyelesaikan Masa Bakti
- f. File scan Asli Ijazah
- g. File scan Asli Surat Izin Praktek Yang Dimiliki Sebelumnya
- h. File scan Asli Surat Keterangan Sehat Dari Dokter
- i. File scan Asli Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktek/ Surat Keterangan Dari Sarana Pelayanan Kesehatan Sebagai Tempat Prakteknya
- j. File scan Asli Denah Lokasi Tempat Praktek
- k. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- l. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
- m. File scan Asli Rekomendasi Dari Organisasi Profesi, Sesuai Tempat Praktek
- n. File Scan Asli Rekomendasi Tim Teknis dar Dinas Kesehatan Kab. Mamuju
- o. File Pas foto (Pakaian Jas Praktik 3 X 4 sebanyak 2 lembar).

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.