

# FORMULIR

Nomor : -  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik  
Terapis Gigi dan Mulut

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 : .....  
Tempat Praktek : .....  
Jenis Kelamin : .....  
Tahun Lulusan : .....  
Nomor STRTGM : .....  
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 Ijazah yang dilegalisasi
- e. File Scan Asli STRTGM
- f. File scan Asli Surat keterangan sehat dari dokter yang mempunyai surat izin praktik
- g. File scan Asli Surat Pernyataan memiliki tempat praktik
- h. File scan Asli Rekomendasi dari Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Mamuju
- i. File scan Asli Rekomendasi dari Organisasi Profesi
- j. Bukti pembayaran PBB-P2 tahun terakhir yang telah divalidasi di Bapenda Kabupaten Mamuju
- k. Bukti pembayaran BPHTB dalam hal terjadi pengalihan kepemilikan©
- l. File Pas foto ukuran 4 x 6 sebanyak 3 (tiga) 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.