

# 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 [www.dpmpstp.mamujukab.go.id](http://www.dpmpstp.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 Dari Dinas Kesehatan Kab.Mamuju
- o. File Pas Foto (Pakaian Jas Praktik 3X4 2 Lembar)

Demikian atas perhatiannya, kami ucapkan terima kasih

Mamuju, 20  
Hormat kami/Pemohon,

Keterangan :

© : dilampirkan apabila terjadi pengalihan hak kepemilikan tanah.  
- File Scan Asli dalam bentuk PDF.