FORM LEGALISIR REKOMENDASI IJIN PRAKTEK

Perihal : Permohonan Legalisir Rekomendasi Ijin Praktek (Rev.IX/September 2022)
Tenaga Medis Dokter / Dokter Spesialis

Kepada Yth,
Ketua IDI Cabang Jakarta Barat
Di – Jakarta

Salam sejawat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :.....NPA :.....
Tempat / tanggal lahir :.....
Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan
Dokter Spesialis :.....
Lulusan :.....tahun.....
Tempat bekerja :.....
Alamat rumah : Jln.....
Rt/RW ..... Telp./ HP.....
Kelurahan :.....
Kecamatan :.....
Kabupaten / Kotamadya :.....

Dengan ini mengajukan permohonan Rekomendasi Ijin Praktek pada alamat :

1. Nama sarana pelayanan kesehatan : .....
   Alamat : Jl. .....
   Rt/Rw..... Telp / HP .....
   Kelurahan : .....
   Kecamatan :.....
   Kabupaten / Kotamadya :.....
2. Nama sarana pelayanan kesehatan : .....
   Alamat : Jl.....
   Rt/Rw..... Telp / HP.....
   Kelurahan :.....
   Kecamatan :.....
   Kabupaten / Kotamadya :.....
3. Nama sarana pelayanan kesehatan : .....
   Alamat : Jl. .....
   Rt/Rw..... Telp / HP.....
   Kelurahan : .....
   Kecamatan :.....
   Kabupaten / Kotamadya :.....

Sebagai bahan pertimbangan, saya lampirkan bersama permohonan ini :

1. Rekomendasi Ijin Praktek dari IDI Cabang keanggotaan asal.
2. Foto copy Sertifikat Kehadiran KRIP
3. Foto copy KTP
4. Foto copy KTA IDI
5. Foto copy Ijasah Dokter Umum
6. Foto copy Ijasah Dokter Spesialis
7. Surat Keterangan telah selesai melakukan adaptasi bagi dokter lulusan luar negeri
8. Foto copy Sertifikat Kompetensi dari Kolegium Dokter bersangkutan
9. Foto copy STR
10. Surat Keterangan Sehat
11. Surat Keterangan Kerja/Praktek dari tempat praktek
12. Foto copy Surat Ijin Klinik
13. Surat Pernyataan Kesediaan memberikan Foto copy SIP (form 6)
14. Pas photo berwarna 4x6
15. Surat Kuasa Pengurusan bila menguasakan pengurusan kepada orang lain.

Demikian permohonan ini saya buat dengan sebenarnya, sungguh-sungguh dan penuh rasa tanggung jawab.
Besar harapan saya bila permohonan ini dapat dikabulkan.

Jakarta,.....
Hormat saya,

(.....)
NPA IDI :

Form 6

KESEDIAAN MEMBERIKAN FOTOCOPY SIP

Yang bertanda tangan dibawah ini , saya :

N a m a :.....

Tempat / tanggal lahir :.....

NPA :.....

Alamat :.....

Menyatakan kesediaannya untuk memberikan fotocopy SIP (Surat Ijin Praktik) Dokter saya bila sudah jadi. Apabila di kemudian hari saya tidak menyerahkan fotocopy SIP saya, maka saya siap menerima sanksi pencabutan Surat Rekomendasi Ijin Praktik yang pernah diterbitkan.

Jakarta,
Hormat saya,

Dr.....
NPA :

SURAT KUASA PENGURUSAN
REKOMENDASI IJIN PRAKTIK DOKTER

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : .....
Tempat/tanggal lahir : .....
Jenis Kelamin : .....
Alamat : .....
.....
.....

Memberikan Kuasa untuk pengurusan Rekomendasi Ijin Praktik Dokter saya kepada :

Nama : ……
No. KTP : .....
Tempat/tanggal lahir : ……
Jenis Kelamin : ……
Pekerjaan : ……
Alamat : ……
……
……
Handphone : ……

Dengan Surat Kuasa ini saya menyatakan bahwa :

1. Saya mengisi sendiri semua formulir yang disediakan oleh IDI Cabang Jakarta Barat.
2. Saya menandatangani sendiri semua formulir yang diberikan kepada saya.
3. Saya bertanggung jawab penuh atas semua data yang tertulis di dalam formulir adalah benar.

Demikian Surat Kuasa ini saya buat, agar yang berkepentingan maklum.

Jakarta,

Yang memberi kuasa, Yang diberi Kuasa,

(METERAI RP. 10.000)

....

- **Wajib melampirkan FC KTP Pemberi Kuasa dan Penerima Kuasa**