

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Elektromedis (SIP-E)

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
Jl.Supratman No.73
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STR-E :
Tgl. Masa berlaku STR-E :
Lulusan : Tahun
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan Kota/Kabupaten
Telepon / HP Kode Pos
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Elektromedis (SIP-E) pada :

Tempat Praktik : (tuliskan nama sarana)
Jl
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

- 1 Permohonan Surat Izin Praktik Elektromedis (SIP-E)
- 2 Photo copy Kartu Tanda Penduduk Elektronik (e-KTP) Kota Bandung atau surat keterangan telah melakukan perekaman e-KTP /surat keterangan domisili di Kota Bandung (bagi Tenaga Elektromedis dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
- 3 Fotocopi Ijazah yg dilegalisir asli
- 4 Foto copy STR-E/STR-E Sementara (TKWNA) yang dilegalisir asli dan masih berlaku
- 5 Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
- 6 Surat Keterangan/pernyataan dari pimpinan Fasyankes atau Faskes yang bersangkutan
- 7 Pas foto berwarna terbaru ukuran 3 X 4 cm berlatar belakang merah sebanyak 4 (empat) lembar
- 8 Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
- 9 Surat Rekomendasi dari Ikatan Elektromedis Indonesia Cab Bandung
- 10 Fotocopy Izin Operasional Fasilitas Kesehatan yang masih berlaku.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

KOP FASYANKES

SURAT PERNYATAAN PIMPINAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Jabatan : Pimpinan/Direktur/Kepala.....

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Lengkap :

Adalah benar Tenaga Elektromedik yang melaksanakan praktik pada sarana yang Kami pimpin

Nama Fasyankes :
Alamat Bekerja :
Jl.....RT.....RW.....
KelurahanKecamatan.....
UPT. Puskesmas.....
Telepon / HP.....Kode Pos

Bandung,.....
Hormat Kami,
Pimpinan

Cap&TDT

(nama lengkap)

.....

**SURAT PERNYATAAN/PERSETUJUAN TIDAK KEBERATAN DARI PIMPINAN
TEMPAT BEKERJA BAGI PNS / TNI / POLRI / BUMN / BADAN HUKUM**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Jabatan :

Dengan ini menyatakan tidak keberatan kepada :

Nama :

Jabatan :

Untuk menjalankan Praktik Elektromedik diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Hormat Kami,
Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIP-E

Kepada Yth :
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung
Jl.Supratman No.73
di -

B a n d u n g

Dengat Hormat,

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STR-E :
Tgl. Masa berlaku STR-E :
Lulusan : Tahun
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl
RT / RW Kelurahan/Desa
Kecamatan Kota/Kabupaten
Telepon / HP Kode Pos
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Elektromedis (SIP-E) pada :

Tempat Praktik : (tuliskan nama sarana)
Jl
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Fotocopy STR yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy Izin Operasional Fasilitas Kesehatan yang masih berlaku.
4. Fotocopy SIP-E bila sudah memiliki

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap