

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik PPDS

Kepada Yth :  
Kepala DPMPTSP Kota Bandung  
Jl.Cianjur No.34  
di -  
B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....

Jabatan : Dekan Fakultas Kedokteran.....

Alamat Rumah Sakit Pendidikan Utama : Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Kota Bandung

No. Kerjasama dengan Rumah Sakit Pendidikan : .....

Nama Rumah Sakit/Wahana Pendidikan lain : 1. ....  
Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Kota Bandung

2. ....  
Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Kota Bandung

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik dokter PPDS dengan kewenangan yang ditetapkan oleh KPS Fakultas Kedokteran.....

Sebagai bahan pertimbangan terlampir:

- a. Salinan asli STR PPDS;
- b. surat keterangan dari KPS atas nama Kolegium sesuai pendidikan yang ditempuhnya.
- c. pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah.
- d. daftar nama dokter peserta PPDS.
- e. Surat Rekomendasi dari IDI cabang Kota Bandung sesuai tempat praktik.
- f. surat keterangan kerja sama dengan rumah sakit pendidikan/wahana pendidikan lain.

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....  
Pemohon,

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan  
Dokumen SIP PPDS

Kepada Yth :  
Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung  
Jl.Supratman No.73  
di -  
B a n d u n g

Dengat Hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : .....  
Tempat / Tgl. Lahir : .....  
Jenis kelamin : .....  
Nomor STR PPDS : .....  
Masa berlaku STR : .....  
Nomor Rekomendasi I D I .....  
Alamat Rumah : Jl .....  
RT / RW .....Kelurahan/Desa .....  
Kecamatan ..... Kota/Kab. ....  
Telepon / HP ..... Kode Pos .....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik PPDS yang berlokasi di :

Nama Rumah Sakit Pendidikan Utama : .....  
Alamat Rumah Sakit Pendidikan Utama : Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Kota Bandung

No. Kerjasama dengan RS Pendidikan : .....

Nama Rumah Sakit/Wahana Pendidikan lain : 1. ....  
Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Kota Bandung  
2. ....  
Jl.....RT.....RW.....  
Kel.....Kec.....  
Kota Bandung

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STR PPDS yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Fotocopy Izin Operasional Fasyankes yang masih berlaku
4. Fotocopy surat keterangan dari KPS atas nama Kolegium sesuai pendidikan yang ditempuhnya.

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

Bandung,.....  
Pemohon,

.....  
Nama Lengkap