

Perihal: Permohonan Surat Izin Praktik
Perekam Medis (SIP PM)

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 :
Alamat : Jl.....
RT / RW.....Kelurahan/Desa.....
Kecamatan.....Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....
Tempat/ Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR PM :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perekam Medis, pada:

Nama Fasilitas :
No Izin Fasilitas :
Alamat : Jl.....
RT / RW.....Kelurahan.....
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Fotocopy ijazah yang dilegalisir asli;
2. Fotocopy Surat Tanda Registrasi Perekam Medis (STR PM) yang dilegalisir asli dan masih berlaku
3. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
4. Surat pernyataan memiliki tempat kerja di fasilitas pelayanan kesehatan
5. Pas foto terbaru ukuran 3 X 4 cm sebanyak 3 (tiga) lembar berlatar belakang merah
6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi (OP)
7. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk Elektronik (E-KTP)/SKTS di Kota Bandung. Bagi Perekam Medis dengan KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar / rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum/ sudah berpraktik di wilayah tersebut)
8. Fotocopy SIP-PM pertama (untuk permohonan SIP-PM yang kedua)
9. Fotocopy Surat Izin Operasional Faskes yang masih berlaku.
10. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.

Demikian permohonan ini kami ajukan, atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terima kasih.

Bandung,.....
Pemohon,

(.....)
Nama Lengkap, Tanda Tangan

**SURAT PERNYATAAN
MEMILIKI TEMPAT KERJA DI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :

Tempat / Tgl. Lahir :

Alamat Rumah : Jl

RT / RW Kelurahan/Desa

Kecamatan Kota/Kab.

Telepon / HP Kode Pos

Dengan ini menyatakan bahwa saya mempunyai tempat kerja Perekam Medis yang beralamat di :

Nama Fasilitas :

Nomor Izin Fasilitas :

Alamat : Jl.....

RT / RW Kelurahan

Wilayah Kerja Puskesmas.....

Kecamatan.....

Telepon / HP..... Kode Pos

Nama Fasilitas :

Nomor Izin Fasilitas :

Alamat : Jl.....

RT / RW Kelurahan

Wilayah Kerja Puskesmas.....

Kecamatan.....

Telepon / HP..... Kode Pos

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....

Pemohon,

Materai 6000,-

.....
Nama Lengkap, Tanda Tangan

**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 Tenaga Perkam Medis diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Pimpinan

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan Dokumen Surat Izin
Praktik Pererekam Medis (SIP PM)

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 :
Alamat : Jl.....
RT / RW.....Kelurahan/Desa.....
Kecamatan.....Kota/Kabupaten.....
Telepon / HP.....Kode Pos.....
Tempat/ Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
Nomor STR PM :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Pererekam Medis, pada:

Nama Fasilitas :
No Izin Faslitas :
Alamat : Jl.....
RT / RW.....Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Telepon / HP.....Kode Pos

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Photo copy STR PM yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Photo copy SIP PM bila sudah memiliki
4. Photo copy Izin Operasional Faskes yang masih berlaku

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap