

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktik
Ortotis Prostetis (SIPOP)

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

Dengat Hormat,

Nama Lengkap :
Tempat, Tgl.Lahir :
No. STROP :
Tgl. Masa berlaku STROP :
Lulusan : Tahun.....
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RWKelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kabupaten
Telepon / HP.....Kode Pos.....
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis (SIPOP) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Tempat Bekerja 2 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. Permohonan Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis (SIPOP)
2. Foto copy STROP yang dilegalisir asli dan masih berlaku
3. surat pernyataan mempunyai tempat praktik pelayanan secara mandiri
4. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi
5. Pas foto berwarna terbaru latar Merah ukuran 3 X 4 cm sebanyak 4 (empat) lembar bukan hasil scanning atau repro
6. Photo copy E-KTP Kota Bandung/ Surat Keterangan Tinggal Sementara (SKTS) di Kota Bandung (bagi Tenaga Ortotis Prostetis dengan E-KTP luar Kota Bandung melampirkan surat pengantar/rekomendasi dari Dinas Kesehatan setempat yg menyatakan belum / sudah berpraktik di wilayah tersebut)
7. Surat keterangan sehat fisik dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik
8. Surat pernyataan tidak keberatan / izin dari Pimpinan tempat bekerja bagi PNS/TNI/ POLRI / BUMN / BADAN HUKUM.
9. Rekomendasi dari Puskesmas setempat.
- 10 FC SIPOP pertama untuk permohonan SIPOP kedua

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

**SURAT PERNYATAAN
MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RWKelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kab.
Telepon / HPKode Pos

Dengan ini menyatakan bahwa saya sudah mempunyai tempat praktik yang beralamat di :

Tempat Bekerja 1 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Tempat Bekerja 2 : (tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW.....Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

Bandung,.....
Pemohon,

Materai 6000,-

.....
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 Ortotis Prostetis diluar tempat bekerja Kami, sesuai dengan Perundang-undangan yang berlaku serta sepanjang yang bersangkutan tidak mengganggu tugas kedinasan.

Bandung,.....

Hormat Kami,
Pimpinan

.....

DENAH RUANGAN DAN DENAH LOKASI TEMPAT PRAKTIK

Nama Lengkap :
Tempat / Tgl. Lahir :.....
Alamat Praktik : Jl.....
RT / RWKelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas.....
Kecamatan
Telepon / HPKode Pos

DENAH RUANGAN

DENAH LOKASI

Pemohon

.....

Perihal : Permohonan Pengesahan
Dokumen SIPOP

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. STROP :
Tgl. Masa berlaku STROP :
Lulusan : Tahun.....
Nama Sekolah :
Alamat Rumah : Jl.....
RT / RWKelurahan/Desa
Kecamatan.....Kota/Kabupaten
Telepon / HP.....Kode Pos.....
No.HP :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Pengesahan dokumen sebagai persyaratan Surat Izin Praktik Ortotis Prostetis (SIPOP) yg berlokasi di :

Tempat Bekerja 1 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....
Tempat Bekerja 2 :(tuliskan nama sarana)
Jl.....
RT / RW Kelurahan
Wilayah Kerja Puskesmas
Kecamatan.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini kami lampirkan :

1. STROP yang masih berlaku dan dilegalisasi asli.
2. Surat Rekomendasi dari organisasi profesi.
3. Denah Ruangan dan denah Lokasi
4. Rekomendasi Puskesmas setempat.

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

Bandung,.....
Pemohon,

.....
Nama Lengkap

