



# IKATAN DOKTER INDONESIA

( THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION )

## CABANG TANGERANG

Komplek TU No. 2 Jl KH Hasyim Ashari Buaran Indah – Tangerang 15119  
Telp : 021-55701190 Fax : 021-55701189 E-mail : idi.cabangtangerang@gmail.com

### Form. Permohonan Rekomendasi SIP IDI Cabang Tangerang

Dengan hormat,

Nama : .....  
Tempat & Tanggal lahir : .....  
Institusi Pendidikan : .....  
Tahun Lulus Terakhir : .....  
Status Kepegawaian : Dokter PNS / BUMN / TNI / POLRI/ Swasta/ Non Pegawai (\* Coret yang tidak perlu)  
Dokter Purna Waktu / Full Timer pada Rumah Sakit .....  
Anggota IDI Cabang : .....  
NPAC / NPA IDI : .....  
Alamat Rumah : .....  
No. STR : ..... Masa Berlaku .....  
No. Telp / HP : ..... Alamat Email .....

Dengan ini mengajukan permohonan Surat Rekomendasi IDI Cabang Tangerang untuk **mendapatkan / memperpanjang / merubah** Surat Izin Praktek yang ke ..... di sarana kesehatan / praktek pribadi pada :

1. Nama Sarana Kesehatan : .....  
Alamat lengkap : .....  
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
2. Nama Sarana Kesehatan : .....  
Alamat lengkap : .....  
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
3. Nama Sarana Kesehatan : .....  
Alamat lengkap : .....  
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....

Dan sudah mempunyai Surat Izin Praktek (SIP) di

1. Nama Sarana Kesehatan : .....  
Alamat lengkap : .....  
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
2. Nama Sarana Kesehatan : .....  
Alamat lengkap : .....  
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....
3. Nama Sarana Kesehatan : .....  
Alamat lengkap : .....  
Kel.....Kec.....Kab/Kota.....

Sebagai bahan pertimbangan, saya menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa saat ini, saya tidak sedang menjalani sanksi profesi atau sanksi hukuman apapun dan bersama ini saya lampirkan berkas sesuai dengan **Permenkes No. 2052 / Menkes / PER / X / 2011** :

1. 1 lembar fotokopi Hitam Putih dari STR Salinan (**Salinan yang difotocopi Sesuai dengan permohonan SIP yang ingin diajukan**)
2. 1 lembar fotokopi ijazah Dokter Umum
3. 1 lembar fotokopi ijazah Dokter Spesialis (**bagi dokter spesialis**)
4. Copi Sertifikat / Surat keterangan Gelar dibelakang (**bagi dokter spesialis**)
5. 1 lembar fotokopi KTP / Surat Domisili
6. 1 lembar fotokopi SIP yang sudah ada / Fotocopi tanda terima kepengurusan SIP / Fotocopi rekomendasi dari IDI setempat jika SIP masih dalam proses
7. 1 lembar pas foto 2 x 3 berwarna untuk dipasang di formulir
8. 1 lembar fotokopi Surat Keterangan Izin atasan langsung bagi dokter yang bekerja di Intansi Pemerintah
9. Surat Pengantar Asli dari IDI Cabang asal yang bersangkutan (**bagi dokter non anggota IDI Cabang Tangerang**)
10. Fotocopi Surat Keterangan dari Perhimpunan Dokter Spesialis (**bagi dokter spesialis**) untuk yang praktek diwilayah Banten minta rekomendasi dari Perhimpunan Cabang Banten.
11. Fotocopi Surat Keterangan bekerja dari pimpinan RS, RSIA, RB, Apotek, Puskesmas, klinik atau intansilainya, **bagi yang praktek pribadi, menyertakan Surat Pernyataan Pribadi**
12. 1 lembar fotokopi SIP lama yang akan diperpanjang masa berlakunya. (**bagi perpanjangan masa berlaku SIP**)
13. Fotocopi Surat Keterangan Pencabutan SIP dari Dinas Kesehatan atau BPPT setempat. (**bagi perubahan SIP**) / Surat keterangan tidak praktek.

Atas perhatian dan bantuannya, saya ucapkan terima kasih

Catatan :

- Mohon isi formulir dengan lengkap**
- Jika ada persyaratan yang belum lengkap, kami akan mengembalikan Berkas tersebut**
- Berkas hanya berupa Fotocopian, Tidak Menerima yang Asli**
- Tidak Menerima Fotocopi Berwarna**
- Proses Rekomendasi ± 7 hari Kerja dari berkas lengkap**

Tangerang,.....

Pemohon

Foto

2x3