

Perihal **Permohonan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP-2)**

Kepada Yth.
Kepala Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu (PTSP)
Kabupaten Lamongan
Di Lamongan

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama lengkap :
Tempat/tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Tempat & Lulusan / Tahun :
Alamat Rumah :
Unit kerja :
Nomor Telepon :
Email :

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 17 tahun 2013 tentang perubahan atas peraturan menteri kesehatan RI nomor : HK.02.02/Menkes/148/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawatan serta memperhatikan Peraturan Daerah Kabupaten Lamongan no : 15 TAHUN 2003 tentang perizinan penyelenggaraan pelayanan kesehatan swasta di kabupaten lamongan, maka dengan ini saya mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktik Perawat (SIPP-2) pada alamat :
.....
.....

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

- a. FC.KTP
- b. FC. NPWP
- c. Fotocopy ijazah perawat yang dilegalisir/ disahkan
- d. Surat pernyataan memiliki tempat praktek bermaterai
- e. Fotocopy SIP/STR yang berlaku
- f. Surat keterangan sehat dari dokter
- g. Peta lokasi, foto ruangan dan sarana
- h. Denah ruang praktek
- i. Surat rekomendasi dari organisasi profesi
- j. Pas foto berwarna ukuran 3 x 4 = 3 lembar latar belakang merah
- k. Foto Copy SIPP I yang masih berlaku
- l. Ijin SIP asli (jika daftar ulang)
- m. Foto Denah Ruang, Sarana dan Prasarana, dan Alat Kesehatan kecuali tempat obat
- n. Soft Copy Persyaratan scan pdf (dscan per item) dikirim ke email ptsplamongan@gmail.com

Demikian atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Lamongan,

Pemohon

()