K e p a d a

Yth. Bapak Pj. Walikota Baubau

Perihal : **Permohonan Surat Izin Praktik** Cq. Kepala Dinas Penanaman Modal

**Refraksionis Optisien dan Optometris** dan PTSP Kota Baubau

di-

Baubau

Yang bertanda tangan di bawah ini,

N a m a :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat :

Telepon/Hp.

Nomor STR :

Masa Berlaku STR :

Nama Universitas/Perguruan Tinggi :

Nomor Ijazah :

Tanggal Ijazah : (Tanggal/Bulan/Tahun)

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan **Surat Izin Praktik Refraksionis Optisien dan Optometris**, dengan data Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagai berikut:

Nama Fasilitas Kesehatan :

Alamat :

Telepon/Hp.

Praktik yang Ke : Kesatu/Kedua \*)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

|  |  |
| --- | --- |
| **No** | **Nama Dokumen** |
| 1 | Ijazah |
| 2 | Surat Tanda Registrasi |
| 3 | Surat Keterangan Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan |
| 4 | Surat Persetujuan Pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebelumnya (apabila tempat praktik lebih dari 1 (satu) fasilitas pelayaanan kesehatan) |
| 5 | Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktik Mandiri |
| 6 | Surat Keterangan dari pihak lain yang terkait |
| 7 | Surat Izin Praktik Sebelumnya |

Adapun data yang dilampirkan sebagai dokumen permohonan **Surat Izin Praktik Refraksionis Optisien dan Optometris** ini adalah **BENAR** dan **SAH**, apabila dikemudian hari ditemukan dokumen yang telah kami berikan tidak benar dan sah, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, dan atas perhatian kami ucapkan terima kasih.

Baubau, …………………………….. 20….

Pemohon,

(………………………………………)

Nama Lengkap

**KOP FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

**SURAT KETERANGAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN \*)**

Nomor :

Yang bertanda tangan di bawah ini ,

Nama Lengkap :

Jabatan :

Nama Fasilitas Kesehatan :

Alamat Fasilitas Kesehatan :

No. Telepon/HP :

E-mail :

Dengan ini menerangkan bahwa saya bersedia menerima :

Nama Lengkap :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat Rumah :

No. Telepon/HP :

E-mail :

Nomor STR :

Masa Berlaku STR Sampai :

Untuk bekerja sebagai Refraksionis Optisien dan Optometris di Fasilitas yang saya pimpin.

Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Praktik Refraksionis Optisien dan Optometris.

Baubau, ………………………………………….. 20…….

Yang Membuat Keterangan,

(…………………………………………….)

Nama Pimpinan Pelayanan Kesehatan dan Stempel

*Catatan :*

*\*) Jika Tempat Praktik Mandiri, formulir ini tidak perlu digunakan.*

**KOP FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN**

**SURAT PERSETUJUAN PIMPINAN FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN PERTAMA/KEDUA \*)**

Yang bertanda tangan dibawah ini ,

Nama Lengkap :

Jabatan :

Nama Fasilitas Kesehatan :

Alamat Fasilitas Kesehatan :

No. Telepon/HP :

Dengan ini memberikan persetujuan kepada :

Nama Lengkap :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat Rumah :

No. Telepon/HP :

E-mail :

Nomor STR :

Masa Berlaku STR Sampai :

Untuk bekerja sebagai Refraksionis Optisien dan Optometris pada :

Nama Fasilitas Kesehatan :

Alamat :

Demikian Surat Persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Praktik Refraksionis Optisien dan Optometris.

Baubau, …………………………….. 20……

(…………………………………………….)

Nama Pimpinan Pelayanan Kesehatan dan Stempel

*Catatan :*

*\*) Untuk yang memiliki tempat paktek lebih dari 1 (satu) tempat.*

*\*\*) Coret yang tidak perlu*

**SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK MANDIRI**

Yang bertanda tanda tangan dibawah ini,

Nama Lengkap :

Tempat/Tanggal Lahir :

Alamat Rumah :

No. Telepon/HP :

E-mail :

Nomor STR :

Masa Berlaku STR Sampai :

Dengan ini menyatakan bahwa saya memiliki tempat praktik profesi Refraksionis Optisien dan Optometris pada :

Nama Fasilitas Kesehatan :

Alamat :

Demikian Surat Pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya sebagai kelengkapan persyaratan permohonan Surat Izin Praktik Refraksionis Optisien dan Optometris.

Baubau, ………………………………………………20……

Yang Membuat Pernyataan,

(………………………………………………………..)

Nama Lengkap

*Catatan :*

*\*) Jika Praktik di Fasilitas Kesehatan selain Tempat Praktik Mandiri, formulir ini tidak perlu digunakan.*