

Tegal,

Perihal : Permohonan Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler

Kepada
Yth. Wali Kota Tegal
c.q. Kepala DPM PTSP

di
Kota Tegal

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal lahir :
Nomor HP :
Nomor STR :
Tanggal STR :
Masa Berlaku STR s.d :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler pada
.....
.....
.....

(sebut nama sarana kesehatan atau tempat praktik, dan alamat).

Demikian atas perhatian Bapak/Ibu kami ucapkan terima kasih.

Yang memohon,

(.....)

CHECK LIST PERMOHONAN IZIN PRAKTIK TEKNISI KARDIOVASKULER

No	Berkas	Pemohon	Petugas	Keterangan
1	Formulir Permohonan			
2	Fotokopi KTP			
3	Fotokopi STR			
4	Fotokopi Ijazah			
5	Surat Keterangan Sehat dari Dokter Yang Memiliki Surat Izin Praktik			
6	Surat Pernyataan / Keterangan Mempunyai Tempat Praktik di Fasilitas Pelayanan Kesehatan			
7	Rekomendasi dari Dinkes			
8	Rekomendasi dari Organisasi Profesi			
9	Surat kuasa bermaterai jika pengurusan izin diwakilkan			

Sesuai / Ada : √
Tdk Sesuai / Tdk Ada : X

Tegal,.....

Pemohon,

Petugas Locket,

(.....)

(.....)

Ketentuan Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler :

- 1. Teknisi Kardiovaskuler hanya dapat memiliki paling banyak 2 (dua) SIPTKV.
- 2. SIP-TKV masing-masing berlaku hanya untuk 1 (satu) tempat praktik.
- 3. Permohonan SIP-TKV kedua dapat dilakukan dengan menunjukan bahwa yang bersangkutan telah memiliki SIP-TKV pertama.