



**PEMERINTAH KABUPATEN PANGKAJENE DAN KEPULAUAN
DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU SATU PINTU**

Jalan Sultan Hasanuddin Nomor 40 Pangkajene Telp.(0410) 22008 KP. 90611

PERMOHONAN SURAT IZIN PRAKTIK TEKNISI PELAYANAN DARAH

Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan
Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Pangkep
di -
Pangkajene

Yang bertanda tangan di bawah ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Izin Praktek Teknisi Pelayanan Darah sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 91 Tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Transfusi Darah

Nomor KTP	:	<input type="text"/>
Nama Lengkap	:	<input type="text"/>
Alamat Rumah	:	<input type="text"/>
Nomor Telp/HP	:	<input type="text"/>
Tempat/Tgl Lahir	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan
Pekerjaan Sekarang	:	<input type="text"/>
Permohonan Izin	:	<input type="checkbox"/> Baru <input type="checkbox"/> Perpanjangan <input type="checkbox"/> Perubahan
Alamat Tempat Bekerja	:	<input type="text"/>
Alamat Tempat Praktek	:	<input type="text"/>
Nomor STRP	:	<input type="text"/>
STRP Berlaku s/d	:	<input type="text"/>
Email	:	<input type="text"/>
Kode Pos	:	<input type="text"/>

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini dilampirkan :

1. Surat Permohonan bermaterai 10000 (1 Lembar);
2. Foto Copy KTP Setempat (2 Lembar);
3. Foto Copy IMB (2 Lembar);
4. Foto Copy STR;
5. Pas Foto Berwarna ukuran 4 x 6 (4 Lembar);
6. Foto Copy NIB (OSS)
7. Bagi permohonan perpanjangan melampirkan dokumen izin yang lama
8. Melampirkan Pemenuhan SKP bagi permohonan Perpanjangan
9. Foto Copy PBB Yang Telah Lunas;
10. Surat Rekomendasi dari Dinas Kesehatan Kab. Pangkep
Persyaratan untuk mendapatkan Rekomendasi dari Dinas Kesehatan antara lain
 - a. Surat Keterangan berbadan sehat
 - b. Foto Copy STRP
 - c. Foto Copy SIKP
 - d. Surat Izin Atasan bagi PNS, Anggota ABRI dan Karyawan Instansi Pemerintah
 - e. Surat pernyataan taat pada Peraturan yang berlaku dan hanya melakukan pelayanan Perawatan

Syarat tersebut akan diverifikasi oleh Bidang Bina Pelayanan Kesehatan (Seksi POM dan Farmasi)
Demikian Permohonan ini diajukan dan atas Persetujuannya diucapkan terima kasih.

.....
Pemohon,

materai 10000
