**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NomorLampiranPerihal | ::: | …………………………1 (satu) berkasPermohonan serta Pernyataan Kebenaran & Keabsahan Dokumen atas Izin Praktik Terapis Gigi dan Mulut | Yth. | Jakarta, ………………………………….KepadaKepala UP PMPTSP Kelurahan .....Di Jakarta |

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : ………………………………………………………..

Alamat Rumah : Jl. …………………………………………………….

 Kel. …………………… Kec. ………………………

 Kota ………………………………………………….

Tempat / Tanggal Lahir : ………………………………………………

Jenis Kelamin : ……………………………………………………….

Lulusan : ……………………………………………………….

Tahun Lulusan : ……………………………………………………….

No. STR : ………………………………………………………

Masa berlaku STR : ………………………………………………

Tempat Kerja : ………………………………………………………

Nama Fasyankes : …………………………………………………

Alamat Fasyankes : ……………………………………………………

Sehubungan dengan hal tersebut diatas, kami lampirkan berkas-berkas sesuai dengan checklist persyaratan yang telah ditentukan.

Adapun data terdapat dalam lampiran dokumen permohonan Izin Praktik Perawatini adalah ***Benar dan Sah***. Apabila dikemudian hari ditemukan bahwa dokumen yang telah kami berikan tidak benar, maka kami bersedia dikenakan sanksi sesuai dengan peraturan dan ketentuan yang berlaku.

Demikian permohonan dan pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Atas perkenan Bapak / Ibu, kami ucapkan terima kasih.

Pemohon.

*Ttd dan/atau cap*

*diatas materai sesuai peraturan yang berlaku*

……………….

(Jabatan

**KOP PERUSAHAAN**

(Untuk Badan Usaha / Koperasi / Yayasan)

Alamat ….. No Telp ….. Email…..

|  |
| --- |
| **SURAT KUASA** |
|  |
| Yang bertanda tangan di bawah ini Saya : |
| Nama  | :  | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIK | :: | …………………………………………………..………………………………………………….........................................................................…………………………………………………. |
| Nama Badan Hukum *(bila badan hukum/yayasan)* | : | ...................................................................... |
| Alamat Perusahaan*(bila badan hukum/yayasan)*  | : | …………………………………………………..…………………………………………………..………………………………………………….. |
|  |  |  |
| Dengan ini memberi kuasa kepada : |
| Nama  | : | ………………………………………………….. |
| AlamatNo.KTP/NIKJabatan | ::: | ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Untuk mengurus/menyelesaikan persyaratan administrasi dan/atau persyaratan teknis permohonan Perizinan/ Non Perizinan surat di UP PMPTSP Kelurahan............. |
|  |
| Demikian Surat Kuasa ini dibuat agar dapat dipergunakan seperlunya. |
|  |
|  |  Jakarta…………………. |
|  Yang menerima Kuasa, | Yang memberi Kuasa, |
|  |  |
|  | *Ttd dan/atau cap* *diatas materai sesuai peraturan yang berlaku* |
|  |  |
|  (....................................) | ……………………………(Jabatan) |

**SURAT PERNYATAAN**

**TUNDUK PADA PERATURAN YANG BERLAKU DAN**

**MELAKSANAKAN ETIKA PROFESI**

Yang bertanda tangan dibawah ini, :

Nama : ...............................................................................

Alamat Praktik : ...............................................................................

 ...............................................................................

Dengan ini saya menyatakan siap melaksanakan :

1. Ketentuan-ketentuan yang berlaku dalam menyelenggarakan praktik sebagai Terapis Gigi dan Mulut;
2. Tidak melanggar/melakukan asusila dan perbuatan diluar etika profesi;
3. Tidak melakukan tindakan yang melanggar hukum; dan
4. Taat dan tunduk pada peraturan Perundang-Undangan yang berlaku.

Jika saya melanggar, maka saya siap diberikan sanksi sesuai dengan perundangan yang berlaku.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, ..................................

 Yang membuat pernyataan,

 *Materai sesuai peraturan yang berlaku*

 ( )

**SURAT PERNYATAAN MEMILIKI TEMPAT PRAKTIK**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap : .......................................................................................

Tempat/Tanggal Lahir : .......................................................................................

Jenis Kelamin : .......................................................................................

Alamat Rumah : Jl. …………………………………………………….

 Kel. …………………… Kec. ………………………

 Kota …………………………..........…………………

Nomor STR : .......................................................................................

Menyatakan bahwa benar memiliki tempat praktik yang berada di :

Tempat Praktik : ......................................................................................

Alamat Praktik : Jl. …………………………………………………….

 Kel. …………………… Kec. ………………………

 Kota ……………………………………..........………

 No. Telp / Fax / HP …………………………………..

 Hari / Jam Praktik : ................................................

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, dan dapat dipergunakan sebagaimana mestinya

Jakarta,

 Yang membuat pernyataan,

 Materai *sesuai peraturan yang berlaku*

( )