|  |  |
| --- | --- |
| **LOGO-BKD-SIBOLGA1.png** | **STANDAR PELAYANAN**  **IZIN PRAKTEK MANDIRI TENAGA KESEHATAN** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **KOMPONEN** | **URAIAN** |
| **1.** | **Persyaratan** | 1. Foto copy Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku dan jelas; 2. Fotocopy NPWP (bagi tenaga kesehatan selain dokter, dokter gigi umum/ spesialis, apoteker dan praktik mandiri pada permohonan pertama tidak diwajibkan melampirkan NPWP); 3. Pasphoto warna terbaru 3 x 4 sebanyak 3 (tiga) lembar ; 4. Fotocopy ijazah yang sesuai tertera pada STR yang dilegalisir oleh instansi yang menerbitkan; 5. Asli surat keterangan berbadan sehat dan tidak buta warna yang dikeluarkan oleh dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP); 6. Foto copy Surat Tanda Register (STR) yang masih berlaku dilegalisir oleh instansi yang menerbitkan, (khusus untuk Dokter/ Dokter Gigi yang diterbitkan dan dilegalisir oleh Konsil Kedokteran Indonesia (KKI) dan Apoteker diterbitkan dan dilegalisir oleh Komite Farmasi Nasional (KFN); 7. Asli surat rekomendasi dari organisasi profesi terbaru untuk izin praktik di sarana kesehatan yang dituju atau tempat praktik pelayanan secara mandiri; 8. Asli surat keterangan dari pimpinan sarana pelayanan kesehatan yang menyatakan tempat dan hari dan jam praktik/ bekerja bagi tenaga kesehatan yang praktik/ kerja di fasilitas kesehatan Surat pernyataan memiliki tempat praktik mandiri yang menyatakan hari dan waktu praktik dilaksanakan dibubuhi materai 6000 (bagi tenaga kesehatan yang melakukan praktik mandiri); 9. Surat pernyataan memiliki tempat praktik mandiri yang menyatakan hari dan waktu praktik dilaksanakan dibubuhi materai 6000 (bagi tenaga kesehatan yang melakukan praktik mandiri); 10. Asli surat persetujuan dari atasan langsung bagi tenaga kesehatan yang bekerja pada instansi/ fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah (bagi tenaga kesehatan ASN aktif), dan bagi ASN yang telah pensiun melampirkan fotocopy KARIP; 11. Fotocopy surat izin sarana bagi yang berpraktik di sarana pelayanan kesehatan atau surat pernyataan pemilik/ penanggung jawab akan segera mengurus izin sarana kesehatan yang belum ada atau telah habis masa berlakunya yang dibubuhi materai 6000; dan 12. Bagi permohonan pembaharuan/ perubahan,dan perpanjangan harus melampirkan SIP asli terakhir. |
| **2.** | **Jangka Waktu Penyelesaian** | 5 (lima) hari kerja terhitung setelah diterimanya persyaratan dengan lengkap dan benar |
| **3.** | **Biaya/Tarif** | GRATIS |
| **4.** | **Produk Pelayanan** | IZIN PRAKTER PERSEORANGAN DOKTER |
| **5.** | **Penanganan Pengaduan,saran dan Masukan** | 1. Petugas Loket 2. Kotak Saran dan Pengaduan 3. Surat Pengaduan : Jl F.L. Tobing No.44 Sibolga 22521 4. Telp/fax : (0631) 21896/24296 5. WA. 0813-6302-5339 6. Spam Lapor <http://dpmpptsp.sibolgakota.go.id> |
| **6.** | **Sistem,Mekanisme dan Prosedur** | Back Office  Kepala Seksi/ JFU  Front Office  Pemohon    Kepala Dinas  Kepala Bidang  Tim Teknis  Front Ofiice  Front Office  Kepala Dinas  Kepala Bidang  Kepala seks/JFUi  Pemohon  Front Office |