|  |  |
| --- | --- |
| **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 OfficeKepala Seksi/ JFUFront OfficePemohonKepala DinasKepala BidangTim TeknisFront OfiiceFront OfficeKepala DinasKepala BidangKepala seks/JFUiPemohonFront Office |