



KONSIL KEDOKTERAN INDONESIA
INDONESIAN MEDICAL COUNCIL

SURAT TANDA REGISTRASI DOKTER
REGISTRATION CERTIFICATE OF MEDICAL DOCTOR

Nomor Registrasi
Registration Number

:

3	5	1	1	1	0	0	1	2	1	2	3	1	0	2	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Nama
Name

: DWIKY YUANASIKA

Tempat/Tanggal Lahir
Place / Date of Birth

: Sidoarjo, 17-07-1995

Jenis Kelamin
Sex

: Laki-Laki

Kualifikasi
Qualification

: Dokter

Tanggal Lulus
Date of Graduation

: 30-09-2020

Perguruan Tinggi
University

: Fakultas Kedokteran Universitas Wijaya Kusuma Surabaya

Berlaku
Valid

: Sampai dengan 17-07-2025



Jakarta, 18-09-2021
KETUA KONSIL KEDOKTERAN
Chairman of Medical Council / Registrar

Prof. dr. Taruna Ikrar, M.Biomed, Ph.D

Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik menggunakan sertifikat elektronik



KOLEGIUM DOKTER INDONESIA
COLLEGIUM OF THE INDONESIAN PHYSICIAN

No. 1744/KDI/SK/PNUK.17 /10/2020



MENERANGKAN BAHWA
CERTIFIES THAT :

Nama
Name : Dr. Dwiky Yuanasika

Tempat Lahir
Place of birth : Sidoarjo

Tanggal Lahir
Date of birth : 17 Juli 1995

Nomor Ijasah
Certificate No. : 71009/110901/2020/4701

Telah menunjukkan kompetensinya sebagai dokter yang dapat memberikan layanan kesehatan ditingkat primer.

Has shown competencies as physician at primary care services.

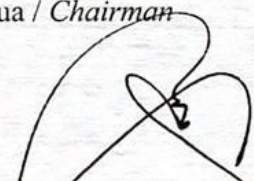
Dengan demikian yang bersangkutan dapat melakukan registrasi dokter.

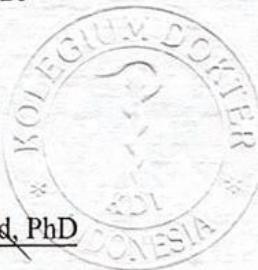
Therefore the person above is eligible to obtain medical registration.

Berlaku Sampai
Expired Date : 17 Juli 2025

Jakarta, 07 Oktober 2020

Ketua / Chairman


Prof. Dr. Syarifuddin Wahid, PhD
NPA IDI. 18453





SURAT PERNYATAAN MEMPUNYAI TEMPAT PRAKTIK

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : dr Dwiky Yuanasika

NIP/NRP/NRPPTT : -

Tempat, Tanggal, Lahir : Sidoarjo, 17-07-1995

Pendidikan : Dokter Umum

Tahun Lulus : 2020

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memiliki tempat praktik dengan alamat sebagai berikut

1. Nama Praktik : Rs Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo
Alamat : Jl Raya Krian Mojosari Km 3 Tropodo Krian Sidoarjo
2. Nama Praktik : Praktek Perorangan
Alamat : Dsn Singopadu Rt 03 Rw 02 Ds Singogalih Tarik Sidoarjo
3. Nama Praktik :
Alamat :

Demikian surat pernyataan ini saya buat, atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo, 11 November 2021

Yang membuat pernyataan


dr Dwiky Yuanasika



SURAT KETERANGAN BEKERJA

Nomor : 109/SKB/RSMSMS/XI/2021

Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : drg. Surdiyanto,MM
N I P : MS 001
J a b a t a n : Direktur
Alamat : Villa Jasmine I Blok A No. 08 Sidoarjo

Dengan ini menerangkan bahwa :

N a m a : dr Dwiky Yuanasika
Jabatan : Dokter Umum
Alamat : Dsn Singopadu Rt 03 Rw 02 Ds Singogalih Tarik

Menerangkan bahwa nama di atas benar bekerja di Rumah Sakit Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo, mulai dari 20 September 2021 sampai dengan sekarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya

Sidoarjo, 01 November 2021

Direktur

RS Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo

drg. Surdiyanto,MM

PROVINSI JAWA TIMUR
KABUPATEN SIDOARJO

NIK : 3515011707950001

Nama : DWIKY YUANASIKA, S.Ked
Tempat/Tgl Lahir : SIDOARJO, 17-07-1995
Jenis kelamin : LAKI-LAKI Gol. Darah :-
Alamat : SINGOPADU
RT/RW : 003/002
Kel/Desa : SINGOGALIH
Kecamatan : TARIK
Agama : ISLAM
Status Perkawinan: KAWIN
Pekerjaan : DOKTER
Kewarganegaraan: WNI
Berlaku Hingga : SEUMUR HIDUP



SIDOARJO
18-09-2020

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke.

Perihal : Permohonan Surat Izin Praktek

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan
Kabupaten Sidoarjo
Di
TEMPAT

Dengan Hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap : dr Dwiky Yuanasika
Alamat : Dsn Singopadu Rt 03 Rw 02 Singogalih Tarik Sidoarjo
Tempat/Tgl Lahir : Sidoarjo,17-07-1995
Jenis Kelamin : Pria
Tahun Lulus : 2020
Nomor STR : 3511100121231029
Nomor Rekomendasi OP :
Nomor Telp : 0813 3043 6303

Dengan ini mengajukan Permohonan Praktik untuk mendapatkan Surat Ijin Praktik (SIP) untuk tempat praktik ke 1, dengan alamat Rs Mitra Sehat Mandiri Sidoarjo Jl Raya Krian – Mojosari KM 3,Tropodo,Krian,Sidoarjo,Kodepos : 61262,

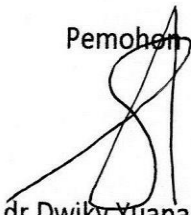
Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan;

1. Surat Permohonan;
2. Surat Pernyataan Mempunyai Tempat Praktik bermaterai;
3. STR Legalisasir KKI (*Asli*);
4. Pas Foto 4x6 Berwarna sebanyak 2 (dua) lembar ;
5. Surat Keterangan dari pimpinan sarana kesehatan tempat dokter/dokter gigi praktik;
6. Rekomendasi dari organisasi profesi ;
7. Surat rekomendasi dokter Spesialis
8. Surat Keterangan dari Dinas Kesehatan setempat ;
9. Fotokopi KTP yang masih berlaku.

Demikian Surat Permohonan ini saya buat,atas perhatiannya saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo, 11 November 2021

Pemohon


dr Dwiky Yuanasika