**SURAT IZIN PRAKTIK (SIP) DOKTER GIGI**

**NOMOR : ${number\_letter}**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2052/Menkes/Per/X/2011 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran dan Rekomendasi teknis dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba nomor ${no\_rekomendasi\_teknis} tanggal ${tgl\_rekomendasi\_teknis}, Yang bertanda tangan di bawah ini, Kepala DPMPTSPTK Kabupaten Bulukumba memberikan Izin Praktik pada :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | ${nama\_pemohon} |
| Tempat/Tanggal Lahir | : | ${place\_of\_birth} / ${date\_of\_birth} |
| Alamat | : | ${address\_ktp} |
| Alamat Tempat Praktik | : | ${alamat\_tempat\_praktik} |
| Nomor Rekomendasi | : | ${no\_rekomendasi} |
| Nomor STRP | : | ${no\_strp} |
| Untuk Praktik Sebagai | : | Dokter Gigi pada ${nama\_tempat\_praktik} |
| SIP Berlaku sampai dengan | : | ${masa\_berlaku\_surat} |

Dengan kewenangan klinis sesuai dengan kompetensinya.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dikeluarkan di : Bulukumba |
|  | Pada Tanggal : ${terbit} |
| ${qr\_code} | |  |  | | --- | --- | |  | Kepala Dinas DPMPTSPTK  Ferryawan Z. Fahmi, S.STP., M.AP  Pangkat : Pembina Tk. I-IV/b  Nip : 19820212 200212 1 001 | |