

SURAT REKOMENDASI
PPNI daerah Lampung

Berdasarkan Peraturan Nomor: tentang.....
dengan ini menyatakan bahwa :

Nama Lengkap :
Tempat dan Tanggal Lahir :
Nama Tempat Praktik/ Pelayanan :
Alamat Tempat Praktik/ Pelayanan :

Telah MEMENUHI/TIDAK MEMENUHI*) persyaratan sebagai Perawat, dengan melampirkan:

- a. fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. Fotokopi STR Perawat yang masih berlaku dan dilegalisir;
- c. fotokopi surat keterangan sehat jasmani dan rohani; dan
- d. surat pernyataan bersedia mengikuti ketentuan peraturan perundangundangan dan etika profesi, sehingga direkomendasikan dapat melaksanakan Pelayanan Jasa Praktik Mandiri sebagai Perawat

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kota, Tanggal, Bulan, Tahun
Pimpinan/Ketua Organisasi
PPNI daerah Lampung

Tanda Tangan

.....Nama Lengkap.....

Keterangan:

*) Pilih salah satu/ coret yang tidak perlu.