

Kop Organisasi Profesi Kedokteran Cabang Setempat

**SURAT REKOMENDASI
ORGANISASI PROFESI KEDOKTERAN CABANG**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan 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 dr/drg/dr. Spesialis/drg. Spesialis*), dengan melampirkan:

- a. fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP);
- b. fotokopi ijazah Dokter;
- c. fotokopi Sertifikat Kompetensi Dokter yang diterbitkan Oleh organisasi profesi kedokteran;
- d. fotokopi surat keterangan sehat jasmani dan rohani; dan
- e. surat pernyataan bersedia mengikuti ketentuan peraturan perundangundangan dan etika profesi, sehingga direkomendasikan dapat melaksanakan Pelayanan Jasa Praktik sebagai dr/drg/dr. Spesialis/drg. spesialis *).

Demikian Surat Rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kota, Tanggal, Bulan, Tahun
Pimpinan/Ketua Organisasi
Profesi Kedokteran Cabang

Tanda Tangan

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

Keterangan:

*) Pilih salah satu/ coret yang tidak perlu.