

**SURAT PERNYATAAN PERTANGGUNGJAWABAN MUTLAK
TIDAK AKAN MENGGUNAKAN KEMBALI STR DOKTER YANG TELAH
DIGUNAKAN SEBAGAI SYARAT PENERBITAN SURAT IZIN PRAKTIK DOKTER
APABILA TELAH DITERBITKAN SURAT IZIN PRAKTIK DOKTER**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

NIK : _____

Nama : _____

Tempat Lahir : _____

Tanggal Lahir : _____

Jenis Kelamin : _____

Nomor STR : _____

Masa Berlaku STR : _____

STR Salinan Ke : Salinan Kesatu Salinan Kedua Salinan Ketiga

Nama Faskes : _____

Alamat Faskes : _____

Alamat Domisili : _____

Nomor HP / WA Aktif : _____

Dengan ini menyatakan tidak akan menggunakan STR Dokter yang telah saya daftarkan sebagai syarat penerbitan Surat Izin Praktik Dokter setelah diterbitkannya Surat Izin Praktik Dokter oleh Dinas Penanaman Modal Dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Palembang sampai dengan saya mencabut Surat Izin Praktik Dokter tersebut. Apabila saya melanggar dengan sengaja ataupun tidak sengaja pernyataan yang saya buat ini, saya siap untuk diproses sesuai dengan kode etik dokter dan hukum yang berlaku di Wilayah Negara Republik Indonesia.

Palembang,
Yang Membuat Pernyataan

Materai Rp. 10.000 & TTD

(.....)

Catatan :

Dipindai (scan) berwarna dalam

Format dokumen pdf. Dan diupload sebagai syarat pengajuan SIP, dibawa saat pengambilan SIP. Salinan 1, 2, 3 STR tetap dipegang oleh Dokter yang bersangkutan.