

FORMULIR PERMOHONAN PENDAFTARAN IZIN PRAKTIK TEKNISI KARDIOVASKULER

(Mohon diisi dengan jelas menggunakan huruf Kapital)

Nomor : Lampiran : 1 (satu) bendel Perihal : Permohonan Pendaftaran Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler	Batu,..... Kepada Yth. Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kota Batu di B A T U
--	---

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama Lengkap	:
Jenis Kelamin	:	Laki-laki / Perempuan *)
Tempat & tanggal lahir	:
Alamat Rumah	:
No. Telp/HP	:
Lokasi Praktik	:
Tahun Lulus	:

Dengan ini mengajukan Permohonan untuk mendapatkan :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler Baru | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| <input type="checkbox"/> Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler Perpanjangan | |

Demikian Surat Permohonan ini, atas perhatiannya disampaikan terima kasih.

Pemohon

(.....)

Keterangan :

- Beri tanda conteng untuk yang dimaksud*

PERSYARATAN IZIN PRAKTIK TEKNISI KARDIOVASKULER

1. Mengisi formulir permohonan pendaftaran
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) pemohon/penanggung jawab.
3. Fotokopi ijazah terakhir yang **dilegalisir**.
4. Fotokopi Surat Tanda Registrasi Teknisi Kardiovaskuler (STR-TKV) yang **dilegalisir** dan masih berlaku .
5. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki surat izin praktik.
6. Surat keterangan bekerja dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang bersangkutan.
7. Pas foto berwarna terbaru ukuran 4x6 sebanyak 5 (lima) lembar berlatar belakang merah.
8. Surat Rekomendasi dari Kepala Puskesmas setempat .
9. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi.
10. Khusus WNA tenaga Teknisi Kardiovaskuler, harus memiliki STR-TKV sementara dan memenuhi persyaratan lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
11. Permohonan SIP-TKV kedua dapat dilakukan dengan menunjukkan bahwa yang bersangkutan telah memiliki SIP-TKV pertama .
12. Dalam keadaan tertentu berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatan dan jumlah Teknisi Kardiovaskuler, Pemerintah Kota Batu dapat memberikan SIP-TKV kepada Teknisi Kardiovaskuler sebagai izin menyelenggarakan praktik keteknisian kardiovaskuler yang ketiga setelah mendapat persetujuan Gubernur.
13. Fotokopi Surat Izin Apotek yang habis masa berlakunya (**untuk perpanjangan**).
14. Surat Kuasa bermaterai dan Fotokopi KTP Penerima Kuasa **jika dikuasakan kepengurusannya**
15. Berkas rangkap 2 (dua)
16. Map Plastik Warna Merah rangkap 2 (Dua)

SURAT KUASA

Kami yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama Pemohon :
No. Identitas :
Alamat :
Pekerjaan :
No. Telp/HP :

Selanjutnya disebut sebagai **Pemberi Kuasa**

Bersamaan dengan surat ini memberikan kuasa kepada:

Nama Kuasa :
No. Identitas :
Alamat :
No. Telp/HP :

Selanjutnya disebut sebagai **Penerima Kuasa**

Keperluan Pengurusan :

Demikian Surat Kuasa ini dibuat dengan sebenarnya, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Batu,

Penerima Kuasa,

Pemberi Kuasa,

Materai
10.000 &
Stempel

(.....)

(.....)