



No. /

Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Surat Izin Praktik Teknisi Kardiovaskuler

Data Pemohon

Nama Pemohon : _____ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)

Alamat Pemohon : _____ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)

No. Telp/HP : _____

Alamat Email : _____

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan yang didalamnya terdapat pernyataan kebenaran dan keabsahan dokumen & data di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku		
2	Indentitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP) dan Kartu Keluarga (KK) (Fotokopi)WNA : Kartu Kartu Izin Tinggal Terbatas (KITAS) atau VISA / Paspor (Fotokopi)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	Izin operasional Fasilitas Kesehatan Tempat berpraktik (Fotokopi)		
5	Surat Tanda Registrasi (STR-TKV) atau STR-TKV sementara (untuk WNA) yang masih berlaku (Fotokopi yang dilegalisasi)		
6	Rekomendasi dari organisasi profesi (Perhimpunan Ahli Teknisi Kardiovaskuler Indonesia) cabang di wilayah tempat praktik		
7	Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki Surat Izin Praktik (SIP)		
8	Surat Keterangan bekerja/berpraktik dari Pimpinan Fasilitas Kesehatan yang bersangkutan		
9	Surat pernyataan diatas kertas bermaterai sesuai dengan peraturan yang berlaku dari pemohon yang menyatakan tunduk kepada peraturan yang berlaku		
10	Pasfoto berwarna terbaru ukuran 4x6 berlatar belakang merah sebanyak 3 (tiga) lembar		
11	Fotokopi SIP pertama (jika permohonan SIP kedua)		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasubag TU			
4	Kepala Unit PTSP			
5	Petugas penomoran			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
3 Hari Kerja	-	Sesuai STR

Catatan

Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur