

SIP Praktek Dokter Gigi

No	KOMPONEN	URAIAN
ASPEK PENYAMPAIAN PELAYANAN (SERVICE DELIVERY)		
1.	Persyaratan Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> a. Fotocopy Kartu Tanda Penduduk yang masih berlaku b. Fotocopy Surat Tanda Registrasi (STR) atau surat tanda registrasi dokter gigi yang diterbitkan dan dilegalisir asli oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku c. Surat pernyataan kepemilikan tempat praktik d. Surat keterangan dari sarana pelayanan kesehatan sebagai tempat prakteknya e. Denah lokasi praktek f. Rekomendasi dari organisasi profesi, sesuai tempat praktik g. Pas foto berwarna 3 x 4 = 4 (empat) lembar tiap satu tempat praktik h. Surat izin dari pimpinan instansi / sarana pelayanan kesehatan dimana dokter dan dokter gigi dimaksud bekerja (khusus bagi dokter dan dokter gigi yang bekerja di sarana pelayanan kesehatan pemerintah atau sarana pelayanan kesehatan yang ditunjuk pemerintah) i. Surat kesanggupan membuat laporan tiap bulan
2.	Prosedur/ Mekanisme Pelayanan	<ol style="list-style-type: none"> a. Pemohon mengajukan surat permohonan SIP Kepada Kepala DPMPTSP Kudus b. Pemohon melengkapi persyaratan yang telah ditentukan c. Front Office melakukan verifikasi persyaratan administrasi d. Proses selanjutnya dilakukan oleh OPD Teknis (DKK) untuk verifikasi dokumen guna penerbitan Rekomendasi persetujuan penerbitan SIP e. Sub koordinator pelayanan perizinan melakukan validasi data dan membuat draft SK SIP f. Penandatanganan Rekomendasi Site Plan oleh Kepala DPMPTSP
3.	Waktu Penyelesaian	Paling lama 6 hari kerja
4.	Biaya Pelayanan	Gratis
5.	Produk Pelayanan	SIP Praktek Dokter Gigi
6.	Pengelolaan Pengaduan	Sarana pengaduan yang disediakan: <ol style="list-style-type: none"> 1) Kotak saran; 2) Datang langsung di loket./meja pengaduan atau ruang pengaduan; 3) Surat, Jl. Simpang Tujuh 1, Kudus, Demaan, Kec. Kota Kudus, Kabupaten Kudus, Jawa Tengah 59313 4) Telepon (0291) 435018 5) WA : 0853-2899-0909 , 0895-1311-6717 6) Email : dpmptsp@kuduskab.go.id 7) Website : dpmptsp.kuduskab.go.id