NAMA IZIN : IZIN PENYELENGGARAAN PRAKTEK BERKELOMPOK DOKTER GIGI

No	Dasar Hukum	Persyaratan	Biaya (Rp.)	Masa Berlaku	Waktu
1	1. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan; 2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 512/ MENKES/ PER/ IV/ 2007 tentang Izin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran; 3. PeraturanBupati Rote NdaoNomor 26 Tahun 2011 tentangPerubahan Atas Peraturan Bupati Rote Ndao Nomor 15 Tahun 2010 Tentang Pelimpahan Sebagian Kewenangan Pengelolaan dan Penandatanganan Perizinan dari Unit Kerja Teknis Kepada Kepala Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Rote Ndao	1. Mengisi dan menandatangani Formulir Permohonan 2. Foto copy KTP penanggung jawab sebanyak 1 lembar 3. Foto copy Surat Tanda Register Dokter atau Dokter Gigi yang diterbitkan oleh Konsil Kedokteran Indonesia yang masih berlaku, dilegelisir oleh pejabat berwenang sebanyak 1 lembar 4. Rekomendasi dari Dinas kesehatan sebanyak 1 lembar. 5. Foto copy surat persetujuan dari Atasan bagi Pegawai Negeri atau pegawai Kesehatan sebanyak 1 lembar 6. Surat Keterangan Sehat dari Dokter 7. Denah Tempat Praktek 8. Foto copy Surat Izin Tempat Usaha (SITU) yang dilegelisir sebanyak 1 lembar 9. Foto copy Rekomendasi dan Organisasi Profesi di wilayah tempat praktek sebanyak 1 lembar 10. Pas foto 4x6 cm sebanyak 2 lembar 11. Map snelhekter warna merah 1 buah 12. Khusus untuk Registrasi Ulang, wajib melaporkan data perkembangan perusahaan	➢ Izin Baru = Gratis ➢ Registrasi = Gratis	5 tahun 1 Tahun	14 hari 1 hari