



PEMERINTAH KABUPATEN LAHAT
DINAS KESEHATAN

Jalan Bhayangkara I Bandar Jaya Lahat Propinsi Sumatera Selatan
Telp./Fax.(0731) 326018- 326019

Lahat,

Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : Permohonan Rekomendasi
Izin Operasional Optik

Kepada Yth,
Kepala Dinas Kesehatan Kab. Lahat
Cq. Kabid Pelayanan Kesehatan
Di-
Tempat

Yang bertandatangan dibawah ini :
Penanggung Jawab :
Tempat Tanggal Lahir :
Alamat :
Lulusan / Tahun :
Jabatan :
Nomor Registrasi :

Dengan ini mengajukan Permohonan Surat Rekomendasi Izin Optik bertempat di :
Nama Optik :
Alamat Optik :

Sebagai pertimbangan berikut ini kami lampirkan :

1. Fotocopy KTP
2. Fotocopy Ijazah
3. Fotocopy STR
4. Fotocopy SIP
5. Surat Keterangan dari Pemilik Optik
6. Surat Rekomendasi dari Organisasi Profesi
7. Surat keterangan Memiliki Tempat Praktek
8. Denah Lokasi
9. Denah Ruangan
10. Daftar Peralatan
11. Daftar tenaga Kerja
12. Surat keterangan Sehat
13. Pasfoto ukuran 4 x 6 sebanyak 1 lembar

Demikian atas perhatian kami ucapkan terima kasih

Pemohon