

SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

No. STR :

Menyatakan bahwa :

1. Seluruh data/dokumen kecukupan SKP yang dipergunakan dalam proses pengusulan SIP adalah benar dan dapat kami pertanggungjawabkan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik dalam proses perolehannya maupun hal-hal yang berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tanda tangani maka kami bersedia menerima atau di kenakan sanksi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan dan bersedia dilakukan pencabutan SIP serta mempertanggung jawabkan perbuatan kami secara hukum

Demikian Surat Pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum

Rangkasbitung, Tgl Bulan Tahun

TTD

(Materai 10000)

Nama Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan