

 <p><b>PEMERINTAH KABUPATEN PASAMAN</b> <b>DINAS PENANAMAN MODAL DAN PELAYANAN TERPADU</b> <b>SATU PINTU</b></p>	NOMOR SOP	50/SOP Perizinan dan Non Perizinan/DPMPSTSP-2017
	TGL. PEMBUATAN	Juni 2017
	TGL. REVISI	-
	TGL. EFEKTIF	
<p><b>BIDANG PELAYANAN PERIZINAN</b></p>	DISAHKAN OLEH	<p><b>KEPALA DINAS</b></p> <p><b><u>Drs. HASIROLAN HUTAGALUNG</u></b> <b>NIP. 19660704 199403 1 013</b></p>
	NAMA SOP	SOP IZIN PRAKTIK TEKNISI TRANFUSI DARAH
<b>DASAR HUKUM</b>	<b>KUALIFIKASI PELAKSANA</b>	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perda Nomor 16 Tahun 2014</li> <li>2. Peraturan Bupati Pasaman Nomor 14 Tahun 2017</li> <li>3. Peraturan Bupati Pasaman Nomor 17 Tahun 2017</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mampu mengoperasikan komputer minimal Ms. Office</li> <li>2. Memahami tentang proses pengurusan Izin</li> <li>3. Memahami peraturan terkait pengurusan perizinan</li> </ol>	
<b>KETERKAITAN</b>	<b>PERALATAN/PERLENGKAPAN</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Komputer</li> <li>2. Printer</li> <li>3. ATK</li> </ol>	
<b>PERINGATAN</b>	<b>PENCATATAN DAN PENDATAAN</b>	
SOP ini akan terlaksana apabila didukung dengan sarana dan prasarana yang memadai. Jika SOP tidak dilaksanakan, maka izin akan terlambat diterbitkan.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Permohonan izin praktek</li> <li>2. FC STR/surat pernyataan dari organisasi profesi bahwa yang bersangkutan sedang dalam proses pengurusan STR (surat pernyataan tersebut berlaku paling lama 6 (enam) bulan)</li> <li>3. Rekomendasi dari organisasi profesi</li> <li>4. Surat rekomendasi aktif bekerja di Puskesmas</li> <li>5. Surat keterangan sehat dari dokter yang memiliki izin praktik</li> <li>6. FC KTP</li> <li>7. FC izin operasional institusi tempat bekerja</li> <li>8. Pas foto ukuran 4x6 warna sebanyak 3 (tiga) lembar (terbaru)</li> <li>9. Yang tidak pakai STR hanya berlaku dari tanggal dibuat sampai 3 bulan</li> </ol>	