SURAT PERNYATAAN KECUKUPAN SKP

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Nomor :

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 berkaitan dengan dokumen yang bersangkutan.
2. Apabila kami terbukti melanggar surat pernyataan yang telah kami tandatangani, maka kami bersedia menerima atau dikenakan 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-benarbenarnya, untuk dapat dipergunakan sbagaimana mestinya dan kepada yang berkepentingan untuk menjadi maklum

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nama Kab/Kota, Tanggal Bulan Tahun  TTD  (materai, Rp10000)  Nama Tenaga Medis atau Tenaga Kesehatan |