



(Untuk Persyaratan Surat Tanda Registrasi)

Sesuai dengan keterangan dari pemohon dan hasil pemeriksaan Majelis Pengujii Kesehatan (Jika Ada), maka dengan ini :

Nama (Pemohon) : Dr. Alexander Michael Joseph Savarika
Kompetensi : _____

Kompetenz

1. Dokter/Dokter Gigi
2. Dokter Spesialis/Dokter Gigi Spesialis
3. Dokter Spesialis Konsultan GASTROENTEROHEPATOLOGI
Spesialis Penyakit Dalam
Ditandatangani bahwa :

Dinyatakan bahwa :

- Setelah secara Fisik dan Mental untuk melaksanakan praktik dokteran kedokteran gigi.
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental untuk sementara belum memenuhi syarat kesehatan dan memerlukan pengobatan/perawatan, dan perlu pemeriksaan kesehatan ulang setelah selesai pengobatan/perawatan.
- Kondisi kesehatan Fisik dan Mental tidak memungkinkan untuk melaksanakan praktik kedokteran/kedokteran gigi

Tempat dan Tanggal _____ Bulan _____ Tahun 2021

(Nama Jelas) dr. N. Ali Romangrah
SIP No. 01-779460-000018/2018
GRC MSLA