



PEMERINTAH KOTA BANDUNG
DINAS KESEHATAN

Jl. Supratman No.73, Cihapit, Kec. Bandung Wetan, Kota Bandung, Jawa Barat 40114 Telp. 02224234793, Fax 02224234793
e – mail : dinkes@bandung.go.id

SURAT KETERANGAN
NOMOR B/KS.01.01/19744-Dinkes/VII/2023

1. Yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : dr. Sony Adam, MM
N I P / Pangkat : 197204282002121004/Pembina
Jabatan : Plh. Kepala Dinas Kesehatan Kota Bandung

Dengan ini menerangkan bahwa :

Nama : Celia Riantiany Hermawan
Tempat /Tgl Lahir : Karawang, 09 April 1994
Alamat Rumah : Jl. Somawinata No. 11
RT. 003 RW. 007 Kelurahan Pasirkaliki
Kecamatan Cicendo Kota Bandung

Kompetensi : **Dokter**
Nomor STR : 3221100223209728
Masa Berlaku STR : 09 April 2029

Berdasarkan data yang ada pada Dinas Kesehatan Kota Bandung, yang bersangkutan **Tidak** memiliki Surat Izin Praktik (SIP) di Kota Bandung.

Surat keterangan ini dibuat atas dasar :

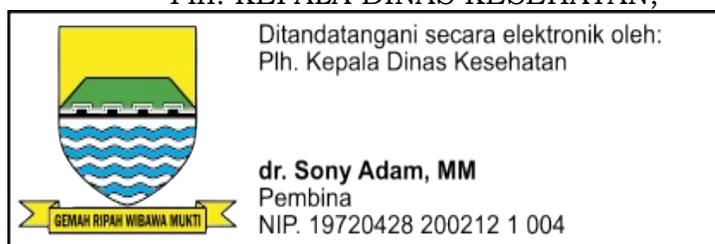
- Surat permohonan dari yang bersangkutan tertanggal 28 Juli 2023

2. Demikian surat keterangan ini dibuat, untuk melengkapi persyaratan penerbitan Surat Izin Praktik (SIP) di **Kab. Bandung**.

Bandung, 31 Juli 2023

Plh. KEPALA DINAS KESEHATAN,

ä



Tembusan:

Yth. Kepala Dinas Kesehatan Kab. Bandung..