 PEMERINTAH KABUPATEN LAMPUNG BARAT

 DINAS SOSIAL

##  Jl. Teratai No. 8 Way Mengaku Liwa 34811

##  Telpon (0728) 21116 /Fax. (0728) 21116

Liwa, .........................2021

Nomor : 460/ /III.16/2020 Kepada Yth,

Lampiran : Kepala Kantor Pelayan Perizinan

Perihal : **Surat Rekomendasi**  dan Penanaman Modal Kabupaten

  Lampung Barat

di-

 **LIWA**

Bersama ini kami sampaikan Rekomendasi Permohonan Penerbitan Pelayanan ............................................................................................. Dinas Sosial Kabupaten Lampung Barat untuk dapat ditandatangani atas nama :

Nama lengkap :

Tempat tanggal lahir :

Jenis kelamin :

No KTP :

Pekerjaan :

Alamat :

Jenis Pelayanan :

Demikian disampaikan, atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terimakasih.

 KEPALA DINAS SOSIAL

KABUPATEN LAMPUNG BARAT,

**JAIMIN, S.IP**

 Pembina Utama Muda/ IV.c

NIP. 19650814 198503 1 002

 **Liwa, .................................2020**

**Nomor : Kepada Yth.**

**Lampiran : 1 (satu) berkas Bapak Kepala Dinas Sosial**

**Perihal : Permohonan Rekomendasi Kabupaten Lampung Barat**

 **Di-**

 **L I W A**

**Dengan Hormat,**

**Yang bertanda tangan dibawah ini :**

**Nama lengkap : ..............................................................................................**

**Nama panggilan : ..............................................................................................**

**Tempat/Tgl Lahir (Umur) : ..............................................................................................**

**Pekerjaan : ..............................................................................................**

**Alamat : ..............................................................................................**

 **..............................................................................................**

**Bersama ini memohon kepada Bapak kiranya dapat menerbitkan Surat Rekomendasi Pelayanan ...............................................................................dalam wilayah Kabupaten Lampung Barat.**

**Sebagai bahan pertimbangan Bapak kami lampirkan beberapa persyaratan sebagaimana terlampir.**

**Demikian surat permohonan ini kami buat dengan sebenarnya dan kami bersedia mengikuti peraturan yang berlaku. Atas perhatiannya diucapkan terimakasih.**

**Hormat Kami**

 **Pemohon,**

**......................**

**CHEKLIST**

**PERMOHONAN SURAT REKOMENDASI**

1. **PENGOBATAN KATARAK**

Nomor penerima berkas :

Tanggal penerima berkas :

Atas nama penerima berkas :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSYARATAN** | **Ada** | **Tidak** **Ada** |
|
| 1. Surat permohonan Rekomendasi ditujukan kepada Kepala Dinas Sosial ;
2. Usulan Calon Peserta Operasi Katarak yang diajukan oleh Kecamatan atau TKSK;
3. Foto Copy KTP Pasien ;
4. Foto Copy KK Pasien ;
5. Surat Keterangan Tidak Mampu dari Peratin/Lurah
6. Foto ukuran 3 R
 |  |  |

 Liwa,...............................................

Penerima berkas Pemroses izin Tim Pelaksana