PERMOHONAN PENCABUTAN SURAT IZIN PRAKTIK APOTEKER (SIPA)

Lampiran : 1 bendel

Hal : Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik Apoteker

 (SIPA) di Fasilitas Distribusi/Penyaluran

Kepada:

Yth. **Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu**

**Kabupaten Bantul**

Di Bantul

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap : …………………………………………………….

Tempat, tanggal lahir : …………………………………………………….

Alamat Tempat Tinggal : …………………………………………………….

Alamat email : …………………………………………………….

Nomor Telepon (WA) : …………………………………………………….

Nomor SIPA : …………………………………………………….

Nama Fasilitas : …………………………………………………….

Alamat : …………………………………………………....

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mencabut Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA), dikarenakan sudah tidak lagi melakukan praktik di fasilitas distribusi/penyaluran tersebut di atas.

Sebagai pertimbangan bersama ini kami lampirkan:

1. fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) yang masih berlaku;
2. surat keterangan tidak bekerja lagi di fasilitas dari pimpinan fasilitas distribusi/ penyaluran;
3. surat rekomendasi pencabutan SIPA dari organisasi profesi, tempat praktik;
4. SIPA asli yang dicabut.

Demikian permohonan ini disampaikan, atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

……………, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, …....

Pemohon

………………………………………