

Perihal : Permohonan Pencabutan Surat Izin
Praktik Apoteker (SIPA)

Kepada Yth :
Cq. Ka. Dinas Penanaman Modal dan PTSP
Kota Denpasar
di-
D e n p a s a r

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat / Tanggal Lahir :
Jenis Kelamin :
Tahun Lulusan :
No Surat Ijin Asisten Apoteker :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk **pencabutan** Surat Izin Praktik Apoteker (SIPA)

Nomor SIPA :
Tgl SIPA :
Tempat Kerja :
Lokasi Kerja :

Dengan alasan pencabutan adalah :

Demikian atas perhatian Bapak / Ibu kami ucapkan terima kasih.

Denpasar,.....
Yang Memohon,

Materai Rp.
6000

(.....)