

Perihal :
Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktek Apoteker &
Surat Izin Apotek

Kepada Yth:
Kepala DPMPTSP Kota Samarinda
Di
Samarinda

Dengan Hormat,
Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Lengkap :
Alamat :
Tempat/Tanggal Lahir :
No. Telp/HP :
Jenis Kelamin :
Pendidikan Terakhir :
Nomor STRA :
Tempat Praktik/Kerja :
Alamat Praktik Lainnya : 1.
2.

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik
Apoteker (SIPA) dan , Surat Izin Apotek (SIA)

Sebagai bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan

- 1 Surat Pengunduran diri
- 2 Surat Kesepakatan Pemberhentian Kerja Sama
- 3 SIPA / SIA Asli
- 4 Berita acara Serah terima Barang/Perlengkapan
- 5 Daftar/Stok Opname Obat

Demikian Surat permohonan ini, Atas perhatian di ucapkan terimakasih

Samarinda,
Pemohon,

=====