**Perihal : Permohonan Pencabutan**  Kepada Yth.

**SIP Apoteker (SIPA)**  Kepala Dinas Kesehatan

Kabupaten Sidoarjo

Di –

**S I D O A R J O**

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : ...................................................................................................................

Tempat, Tgl Lahir : ...................................................................................................................

No. STR : ...................................................................................................................

No. Telp. : ...................................................................................................................

Alamat Rumah : ...................................................................................................................

Mengajukan permohonan pencabutan SIPA pada :

Tempat Praktik : ...................................................................................................................

Alamat Praktik : ...................................................................................................................

No. SIPA : ...................................................................................................................

Alasan cabut SIPA : ...................................................................................................................

Sebagai bahan pertimbangan, saya lampirkan berkas – berkas sebagai berikut :

1. Surat permohonan pencabutan SIPA;

2. SIPA Asli;

3. Foto copy KTP;

4. Foto copy Ijazah;

5. Foto copy Industri / SIA yang baru (untuk Apoteker penanggung jawab);

6. Foto copy penutupan SIA;

7. Foto copy SIPA pengganti untuk penanggungjawab (klinik/RS/PBF/INDUSTRI/PAK)

Demikian atas perhatiannya, saya ucapkan terima kasih.

Sidoarjo,.......................................

Pemohon

Matrai 10.000,-

(.....................................................)