

Kepada Yth.

Kepala Dinas Penanaman Modal dan  
Pelayanan Terpadu Satu Pintu  
Kabupaten Sleman

Di Sleman

Yang Bertanda tangan dibawah ini :

Nama..... \*)

NIK : .....

Alamat : .....

Mengajukan permohonan pencabutan Surat Izin Praktik (SIP) dengan data sebagai berikut :

Nomor Permohonan : .....

Nama Pemohon : .....

Jenis Izin : .....

Badan Usaha : Perseorangan / .....

Peruntukan : .....

Tanggal Masuk : .....

Alasan pencabutan : .....

Demikian surat pencabutan ini saya buat dengan sebenar-benarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun. Atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Sleman, Tgl.....20.....

Pemohon,

( .....\*)

Syarat dan Ketentuan :

1. \*) Pemohon sendiri
2. Melampirkan Fc. KTP-el Pemohon
3. Melampirkan Bukti Penerimaan Berkas Asli/Online atau scan SK asli yang akan dicabut
4. Khusus SIP Apoteker Penanggung Jawab dengan melampirkan SIP Pengganti dan BAP Serah Terima Obat
5. SIP Apoteker Praktik dengan melampirkan SIP Pengganti

**Nb : Pencabutan melalui web perizinan.slemankab.go.id. Berkas permohonan discan dan diupload sesuai aslinya. (bukan hasil foto hp, tidak diperkecil/diperbesar)**