

**Hal : Permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik Apoteker
Di Fasilitas Pelayanan Kefarmasian**

Yang Terhormat,
Kepala Dinas Kesehatan
Kota Lhokseumawe
di-
Lhokseumawe

Dengan Hormat,

Yang bertanda Tangan di bawah ini,

Nama Lengkap :
Tempat, tanggal lahir :
Alamat :
Telepon :
Nomor Handpone :
E-mail :
No. STRA :

Dengan ini mengajukan permohonan untuk mendapatkan Surat Pencabutan Izin Praktik Apoteker (SIPA)

Nomor SIPA :
Tanggal SIPA :
Nama Tempat Praktik :
Alamat :

Sebagai Bahan pertimbangan bersama ini kami lampirkan :

- a. SIPA asli yang dicabut
- b. Surat Pernyataan dari yang bersangkutan
- c. Surat Pernyataan pemilik sarana (Bermaterai)

Demikian , atas perhatian dan perkenannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon,

(.....)
(Nama Lengkap)

Tembusan :
Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Aceh