

Bandung,.....

Nomor :  
Lampiran : 1 (satu) berkas  
Perihal : Permohonan Pencabutan  
Surat Izin Praktek

Kepada Yth  
Kepala DPMPSTSP  
Kota Bandung  
Jl. Cianjur No. 34  
di-  
B a n d u n g

Diberitahukan dengan hormat bahwa saya :

Nama Lengkap :.....  
Alama t Rumah : Jl.....  
RT/RW.....Telp.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Kota /Kabupaten.....

Dengan ini mengajukan permohonan Pencabutan Surat Izin Praktik di:

Nama Fasyankes :.....  
Alama t : Jl.....  
RT/RW.....Telp.....  
Kelurahan.....Kecamatan.....  
Wilayah Kerja UPT Puskesmas.....

Nomor SIP :.....

Sebagai bahan pertimbangan, bersama ini saya lampirkan :

1. Asli Surat Izin Praktik (SIP) yang masih berlaku
2. Surat Keterangan dari pimpinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang menyatakan sudah tidak bekerja lagi di Fasyankes tersebut (kecuali bagi yang praktik mandiri).

Demikian permohonan ini kami buat dengan sesungguhnya, atas perhatian dan persetujuannya kami ucapkan terima kasih.

Pemohon

Materai 6000

(.....)