

Purworejo,.....

Lamp. :
Perihal : Permohonan Pencabutan
Surat Ijin Apotik (SIA).

Kepada :
Kepala Dinas Penanaman Modal dan
Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Purworejo
di_
Purworejo

Yang bertanda tangan di bawah ini, mengajukan permohonan pencabutan Surat Izin Apotik (SIA) :

Nama Pemilik Apotik :
Tempat/tgl lahir :
Alamat :
Nama Penanggungjawab :
No. Registrasi STRA :
No. SIA yang dicabut :
Alasan pencabutan SIA :
.....

Demikian permohonan ini Saya sampaikan, atas terpenuhinya permohonan ini diucapkan terima kasih.

Purworejo,

Mengetahui,

.....

Hormat saya,

.....
NIP.

.....
NIP.

SURAT PERNYATAAN PENCABUTAN SIA

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

dengan ini bermaksud untuk mencabut SIA dengan alamat :

.....

Demikian untuk menjadikan periksa, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Hormat saya,

Materai Rp.10.000,-

.....
NIP.