.....,.....,.....

Kepada :

No	:		Yth.	Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu Kab. OKU Selatan
Sifat	:	biasa		
Lampiran	:	-		
Hal	:	Permohonan Pencabutan SIP		

di

Muaradua

Saya yang bertanda tangan dibawah ini pemilik izin :

Nama : .....

NIK : .....

Jenis Izin : .....

NIB : .....

Nomor Izin : .....

Lokasi Izin : .....

Alasan : .....

Dengan ini menyatakan permohonan pencabutan SIP berlokasi di.....Desa/Kel.....Kec.....

Demikian surat permohonan ini dibuat dengan sebenarnya dan ditanda tangani dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan dari siapapun serta bertanggung jawab atas segala akibat hukum yang timbul.

.....,tgl....,bln.....,th.....

Mat 10ribu

(.....)

KOP RSUD / PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN PENCABUTAN SIP
NOMOR : ...../...../...../2025

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : .....
NIP : .....
Pangkat / gol : .....
Jabatan : .....
Unit kerja : .....

Menerangkan bahwa :

Nama : .....
NIP : .....
Golongan : .....
Jabatan : .....

Bahwa nama tersebut diatas memang benar sebagai..... di (RSUD, Puskesmas, praktik mandiri).....wilayah kerja kecamatan..... terhitung mulai tanggal .....bulan.....tahun.....tidak lagi berpraktik dikarenakan.....

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

.....,tgl....,bln.....,th.....

Direktur/Kepala.....

(.....)

NIP.