**SURAT IZIN PENCABUTAN SIP**

**NOMOR : ${number\_letter}**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama Lengkap | : | **Dra. Hj. Umrah Aswani, MM** |
| Nip | : | **19670304 199303 2 010** |
| Pangkat / Gol | : | **Pembina Utama Muda-IV/c** |
| Jabatan | : | **Kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu** |
| Dengan ini menerangkan bahwa : | | |
| Nama | : | **${** **nama\_pemohon }** |
| Jabatan | : | **${jabatan}** |
| Unit Kerja | : | **${institusi}** |

Berdasarkan Surat Keterangan Pencabutan dari Dinas Kesehatan Kabupaten Bulukumba Nomor…. Tanggal……., maka dengan ini kami menyetujui untuk pencabutan Surat Izin Praktek……. :

Demikian surat pencabutan ini dibuat dengan sebenarnya untuk digunakan sebagaimana mestinya

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dikeluarkan di : Bulukumba |
|  | Pada Tanggal : ${terbit} |
| ${qr\_code} | |  |  | | --- | --- | |  | Kepala Dinas DPMPTSP  Dra. Hj. Umrah Aswani, MM  Pangkat : Pembina Utama Muda-IV/c  Nip : 19670304 199303 2 010 | |