



No. /
Bidang Kesehatan

Checklist Persyaratan Pencabutan Surat Izin Praktik

Data Pemohon

Nama Pemohon : _____ (Nama Perusahaan bila merupakan badan hukum)
Alamat Pemohon : _____ (Alamat Perusahaan bila merupakan badan hukum)
No. Telp/HP : _____
Alamat Email : _____

No	Persyaratan	Ada	Tidak ada
1	Surat permohonan di atas kertas bermaterai Rp 6.000		
2	Identitas Pemohon/Penangung Jawab <ul style="list-style-type: none">WNI : Kartu Tanda Penduduk (KTP)		
3	Jika dikuasakan Surat kuasa di atas kertas bermaterai RP 6.000 dan KTP orang yang diberi kuasa		
4	SIP asli yang akan dicabut		
5	Surat pernyataan di atas kertas bermaterai Rp 6.000 dari pemohon yang menyatakan tidak berpraktik lagi di alamat tersebut		
6	Surat keterangan dari Fasyankes tempat praktik		

Kelengkapan Berkas:

No	Langkah Prosedur	Tgl Diterima	Tgl Penyelesaian	Paraf
1	Front Office			
2	Tim Teknis - Survey / Tidak Survey			
3	Kasubag TU			
4	Kepala Unit PTSP			
5	Petugas penomeran			
6	Front Office			

Waktu Penyelesaian	Biaya Retribusi	Masa Berlaku
7 Hari Kerja	-	-

Catatan

Ket : Mohon memberi catatan apabila pemohon datang lebih dari satu kali atau mengalami hambatan dalam langkah prosedur