

Surat Izin Praktik Tenaga Akupuntur - Pencabutan

Persyaratan :

| No | Keterangan | Optional |
|----|--|----------|
| 1 | Surat Keterangan dari Pimpinan Fasyankes Tempat Praktik (khusus untuk SIP di Fasyankes/Sarana) Atau Surat Pernyataan Memiliki Tempat Praktik Mandiri diatas Materai Rp 10000 | Wajib |
| 2 | Pas Foto 3x4 berwarna 2 lembar | Wajib |
| 3 | Scan Rekomendasi Dari Kepala Dinas Kesehatan Kota Batam (Akan Diajukan dan Di-upload oleh Pihak DPMPTSP Kota Batam) | Wajib |
| 4 | Jika dikuasakan, Surat kuasa diatas kertas bermaterai Rp. 10.000 dan KTP orang yang diberi kuasa | Wajib |
| 5 | Surat Pernyataan Dari Pimpinan Bahwa Tidak Berpraktik diatas Materai Rp 10000 | Wajib |
| 6 | Surat Permohonan kepada Kepala DPMPTSP yang di dalamnya Menyatakan Kebenaran dan Keabsahan Dokumen dan Alasan pencabutan, Tanda Tangan dan Materai Rp. 10000 | Wajib |
| 7 | Scan identitas pemohon (KTP) dan keterangan Domisili apabil Alamat tempat tinggal tidak sesuai KTP | Wajib |
| 8 | SIP Asli yang Akan Dicabut | Wajib |

Dasar Hukum :

| No | Dasar Hukum |
|----|-------------|
| | |

Pengurusan dan Biaya :

| No | Pengurusan | Biaya |
|----|------------|-------|
| | | |