

SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

1. Nama :
2. Umur :
3. Tempat/tanggal Lahir :
4. Pekerjaan :
5. Unit Kerja :
6. Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa saya belum bisa melengkapi kecukupan SKP dan bersedia melengkapi kecukupan SKP tersebut sampai batas waktu 31 desember 2024.

Jika hingga batas waktu tersebut SKP saya belum tercukupi, saya bersedia untuk menerima penonaktifan SIP yang telah diterbitkan dinyatakan tidak berlaku dan/atau dicabut oleh kepala Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Modal Terpadu Satu Pintu (DPMPTSP) Kota Lubuk Linggau.

Demikian surat pernyataan ini dibuat saya buat diatas materai, dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan.

Mengetahui
Ketua Profesi

Lubuklinggau, 20
Yang membuat pernyataan

()

()