

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Saya orang tua/wali mahasiswa Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan AKBIDYO:

Nama orang tua/wali :
Pekerjaan :
Tanggal lahir/ umur :
Alamat :
Telphon :

Sebagai orang tua/ wali mahasiswa :

Nama mahasiswa :
NIM :
Prodi :
Tempat/ Tanggal lahir :
Alamat asal :
Telphon :

Menyatakan sanggup melunasi :

1.sebesar Rp.pada
2.sebesar Rp.pada
3.sebesar Rp.pada

Sebagai syarat untuk bias mengikuti kuliah di SekolahTinggi Ilmu kesehatan AKBIDYO pada semestertahun akademik...../.....

Apabila saya tidak dapat melunasi pada tanggal tersebut maka bersedia mengundurkan diri.
Demikian pernyataan ini saya buat dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

.....tanggal.....20....

Menyetujui & Mengetahui
Pembimbing Akademik (PA)

Yang menyatakan

MateraiRp. 10.000

(.....)

(.....)

Mengetahui
Ketua STIKes AKBIDYO

Menyetujui & Mengetahui
Wakil Ketua Bidang Administrasi dan Keuangan

dr. Musinggih Djarot Roujani, Sp.KJ.

Murtini, SKM, M.Kes.