**Surat Pernyataan Wali/Orang Tua**

**Calon Mahasiswa**

**Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Pekerjaan :

Alamat :

Telepon/HP :

Hubungan dengan calon mahasiswa :

Menyatakan kesanggupan membayar biaya pendidikan atas nama :

Nama :

No Formulir :

Asal Perguruan Tinggi :

Alamat :

Telpon :

Selama mengikuti pendidikan di Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker STFI sampai lulus, sesuai ketentuan yang berlaku di STFI.

Saya menyadari bahwa apabila biaya pendidikan tersebut tidak dapat saya bayar sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STFI, maka akan berakibat kepada penangguhan pendidikan ....(*nama calon mahasiswa).*

………………………………………

Wali/Orang Tua Calon Mahasiswa

(materai 6.000,-)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tanda tangan dan nama jelas

**Pernyataan Calon Mahasiswa**

**Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker**

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nama | : |  |
|  | No. Formulir | : |  |
|  | Tempat/Tanggal Lahir | : |  |
|  | Asal Perguruan Tinggi | : |  |
|  | Telepon/HP | : |  |

Dengan ini menyatakan bahwa, saya bersedia untuk melunasi pembayaran Biaya Pendidikan dan administrasi lainnya tepat waktu sesuai peraturan yang berlaku. Bilamana saya mengingkari pernyataan ini, maka saya bersedia untuk mengundurkan diri sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker STFI.

Demikian pernyataan ini saya buat, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

…………….,..... ............................2020

Calon Mahasiswa,

Materai 6000,-

Tanda tangan dan nama jelas