**SURAT PERNYATAAN**

Saya yang bertandatangan di bawah ini;

Nama :

Alamat :

No. Test :

Asal Institusi :

Dengan ini menyatakan, bahwa:

1. Apabila saya dinyatakan tidak lulus Uji Kompetensi Apoteker Indonesia (UKAI) yang diselenggarakan oleh Panitia Pusat UKAI, saya bersedia membayar biaya UKAI ulangan yang diselenggarakan sesuai jadwal oleh Panitia Pusat UKAI.
2. Apabila saya dinyatakan tidak lulus sebanyak 5 kali Uji Kompetensi Apoteker Indonesia (UKAI), maka saya bersedia mengundurkan diri sebagai mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker STFI.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

………………,…………………….2020

Materai 6000

(…………………………………………)