**PERNYATAAN**

**KESANGGUPAN PEMBIAYAAN PENDIDIKAN**

**PROGRAM STUDI PROFESI APOTEKER FAKULTAS FARMASI**

**UNIVERSITAS SANATA DHARMA**

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama :

Alamat :

Pekerjaan :

Nomor Telpon :

sebagai orang tua/ Wali \*) dari calon mahasiswa,

Nama:

Menyatakan kesanggupan untuk membiayai pendidikan calon mahasiswa tersebut selama

Kuliah di Program Studi Profesi Apoteker, Fakultas Farmasi, Universitas Sanata Dhama

Demikian penyataan kesanggupan ini saya buat dengan sebenar- benarnya

………………………………………………………………

Pembuat Pernyataan

|  |
| --- |
| Materai  Rp. 6.000,- |

(…………………………………………………………..)