

**Surat Pernyataan Kesanggupan Untuk Membayar Biaya Perkuliahan
Program Studi Profesi Apoteker (PSPA)
Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES) Uin Syarif Hidayatullah Jakarta**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :
Tempat, Tanggal lahir :
Alamat (Sesuai KTP) :
No. Handphone :

Dengan ini menyatakan kesanggupan untuk memenuhi kewajiban membayar biaya perkuliahan sesuai dengan ketentuan yang berlaku di Program Studi Profesi Apoteker (PSPA), Fakultas Ilmu Kesehatan UIN Syarif Hidayatullah Jakarta.

Demikianlah pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., Oktober 2023

Yang membuat pernyataan,

Materai 10000

(Nama Lengkap)