



SEKOLAH TINGGI ILMU FARMASI YAYASAN PHARMASI SEMARANG

Jalan Letnan Jendral Sarwo Edie Wibowo Km. 1 Plamongansari - Pucanggading - Semarang - 50193

Telepon : 024 - 6706147 ; 6725272 ; Faksimile : 024 - 6706148

Email : stifar_yaphar@yahoo.com

Website : www.stifar.ac.id

Hal : Permohonan Pengunduran Pembayaran (UPP/DPP)*

Lampiran : 1 bendel

Kepada Yth.

Wakil Ketua II Bidang Administrasi dan Keuangan

Sekolah Tinggi Ilmu Farmasi Yayasan Pharmasi Semarang

Di tempat

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Pekerjaan :

Alamat :

Nomor identitas (KTP) :

Adalah orang tua/wali dari mahasiswa

Nama :

NIM :

Program Studi :

Angkatan (tahun masuk) :

Dengan ini kami mengajukan permohonan pemunduran pembayaran (UPP/DPP)* dikarenakan

Berikut kami lampirkan pula beberapa syarat yang diperlukan berupa:

1. Fotokopi Kartu Keluarga (KK)
2. Fotokopi Kartu Tanda Penduduk (KTP) orang tua
3. Slip pembayaran UPP

Demikian surat permohonan ini kami buat dengan sebenarnya. Apabila sampai dengan tanggal jatuh tempo yang ditentukan kami tidak dapat melunasi, maka kami akan mengikuti ketentuan yang berlaku di Stifar Yayasan Pharmasi Semarang. Atas perhatiannya kami sampaikan terima kasih.

.....,

Materei
10000

.....
(nama orang tua)

*) coret yang tidak perlu