



YAYASAN PERGURUAN RAKYAT SARASWATI PUSAT DENPASAR

AKADEMI FARMASI SARASWATI DENPASAR

Jl. Kamboja No. 11 A Denpasar, Telp. : 0361-227992, 0361-4723035; Fax. : 0361-227992
http://www.farmasisaraswati.ac.id Email : akfar_saraswati@yahoo.co.id

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN DAN KESEDIAAN MEMBAYAR UANG PENDAFTARAN DAN UANG SUMBANGAN SUKARELA

Yang bertanda tangan di bawah ini, calon Mahasiswa Baru Akademi Farmasi Saraswati Denpasar Tahun Akademik 2019/2020:

Nama :
Alamat :
No. Hp :

Dengan ini menyatakan sanggup dan bersedia membayar Uang Pendaftaran Kembali dan Sumbangan Sukarela Pengembangan Institusi **jika diterima** sebagai calon Mahasiswa Baru di Akademi Farmasi Saraswati Denpasar yang akan dibayarkan pada saat mendaftar ulang dengan rincian sebagai berikut:

1. Uang Pendaftaran Kembali calon Mahasiswa Baru Tahun Akademik 2019/2020:
Jumlah : **Rp. 17.325.000,-**
Terbilang : *"Tujuh belas juta tiga ratus dua puluh lima ribu rupiah"*
2. Uang Sumbangan Sukarela (*Sesui kesanggupan, minimal Rp. 5.000.000,-*)
Jumlah :
Terbilang :

Surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya dan atas sepengetahuan serta persetujuan orang tua/wali saya. Saya bertanggungjawab atas kebenaran isi surat ini dan bersedia dituntut menurut hukum yang berlaku jika saya mengingkari pernyataan ini. Demikian pernyataan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui
Orang Tua/Wali

Denpasar,.....2019
Calon Mahasiswa baru

Materai
6000

(.....)

(.....)