



SEKOLAH TINGGI FARMASI MAHAGANESHA

Jl. Tukad Barito Timur No. 57 Renon, Denpasar
Telp. (0361) 4749310 email: info@farmasimahaganেশha.ac.id

SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN MEMBAYAR BIAYA PENDIDIKAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini, calon Mahasiswa Baru Sekolah Tinggi Farmasi Mahaganেশha :

Nama :
Alamat :
No. Hp/ WA :
Program Studi Pilihan : S1 Farmasi D3 Farmasi

Dengan ini menyatakan sanggup membayar biaya Pendidikan sesuai dengan program studi yang di pilih pada Jalur Pendaftaran dengan rincian sebagai berikut:

1. Uang Sumbangan Pendidikan untuk calon Mahasiswa Baru pada:

a. Program S1 Farmasi dengan Masa Studi

≤ 3 Tahun	≤ 2 Tahun	≤ 1 Tahun
Rp. 22.500.000,- <i>(Dua Puluh Dua Juta Lima Ratus Ribu Rupiah)</i>	Rp. 18.000.000,- <i>(Delapan Belas Juta Rupiah)</i>	Rp. 13.000.000,- <i>(Tiga Belas Juta Rupiah)</i>

b. Program D3 Farmasi dengan Masa Studi

≤ 2 Tahun	≤ 1 Tahun
Rp. 13.885.000,- <i>(Tiga Belas Juta Delapan Ratus Delapan Puluh Lima Ribu Rupiah)</i>	Rp. 9.885.000,- <i>(Sembilan Juta Delapan Ratus Delapan Puluh Lima Ribu Rupiah)</i>

2. Uang Sumbangan Sukarela (minimal Rp. 0,- sesuai kemampuan)

Sebesar :

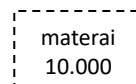
Terbilang :

Dengan ketentuan:

1. Akan dilunasi pada saat mendaftar ulang.
2. Surat pernyataan ini dibuat sebenar-benarnya, serta bertanggungjawab atas kebenaran isinya dan bersedia dituntut menurut hukum yang berlaku jika saya ingkari.

Demikian pernyataan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun.

Denpasar,
Calon Mahasiswa Baru



(nama & tanda tangan)