PERNYATAAN JAMINAN BIAYA PENDIDIKAN OLEH INSTANSI

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIP / NIK :
Jabatan :
Instansi :
Alamat :

Dengan ini menyatakan bahwa instansi kami berkomitmen untuk memberikan jaminan pembiayaan penuh kepada :

Nama Dokter :
NIP / NIK :
Jabatan :

Untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Patologi Klinik di Universitas Muhammadiyah Surabaya mulai dari semester awal hingga akhir masa pendidikan. Jaminan pembiayaan ini meliputi :

1. Biaya Pendaftaran dan Seleksi.
2. Biaya Pendidikan Pokok (SPP) setiap semester.
3. Biaya Dana Pengembangan.
4. Biaya operasional pendidikan lainnya yang diwajibkan oleh pihak Universitas.

Kami menjamin bahwa seluruh biaya tersebut di atas akan dibayarkan tepat waktu sesuai dengan ketentuan dan jadwal yang ditetapkan oleh pihak Universitas.

Demikian surat pernyataan jaminan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya sebagai salah satu syarat administrasi PPDS Patologi Klinik Universitas Muhammadiyah Surabaya.

_____, _____

Pimpinan

(Materi Rp10.000 & Stempel Resmi Instansi)

(_____)

PERNYATAAN JAMINAN KESANGGUPAN BIAYA PENDIDIKAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
NIK :
Pekerjaan :
Alamat :
Hubungan dengan Calon Peserta : (Orang Tua / Suami / Istri / Wali)

Dengan ini menyatakan bertanggung jawab penuh secara finansial dan menjamin seluruh pembiayaan pendidikan untuk :

Nama Calon Peserta :
NIK :
Alamat :

Selama yang bersangkutan menempuh dan menyelesaikan Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS) Patologi Klinik di Universitas Muhammadiyah Surabaya.

Kami menjamin kesanggupan untuk membayar seluruh komponen biaya pendidikan, termasuk namun tidak terbatas pada Sumbangan Pembinaan Pendidikan (SPP) setiap semester, biaya praktikum, serta biaya pendukung lainnya tepat pada waktu yang telah ditentukan.

Apabila di kemudian hari terjadi kelalaian dalam pembiayaan ini, kami bersedia menerima konsekuensi akademis yang ditetapkan oleh pihak Universitas terhadap mahasiswa yang bersangkutan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan kesadaran penuh, jujur, dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun, untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

_____, _____

Yang Menyatakan,

(Meterai Rp10.000)

(_____)

Alamat
Jl. Sutorejo No. 59 Kota Surabaya, Provinsi Jawa Timur, Indonesia 60113

Kontak
Phone : 031 3813096
Fax : 031 3813096
Email : rektorat@um-surabaya.ac.id