

FORM PERNYATAAN TENTANG SUMBER BIAYA PENDIDIKAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : _____
NIP : _____
Jabatan : _____
Instansi : _____

Menyatakan bahwa, jika saya telah diterima sebagai mahasiswa Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Tahun Akademik/..... maka : (pilih salah satu)

1. Saya bersedia menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Magister Keperawatan Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya *)
2. Instansi saya bersedia menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Magister Keperawatan Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Bra(a *)
3. Seluruh biaya pendidikan selama belajar di Program Studi Magister Keperawatan Program Pascasarjana Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya akan ditanggung oleh pemberi Beasiswa / Sponsor :
 - a. Nama Instansi / Lembaga : _____
 - b. Alamat Instansi / Lembaga : _____
 - c. Beasiswa yang sudah didapat : _____

(Kota,tgl/bln/thn)

Menyetujui,

Pimpinan Instansi / Lembaga / Sponsor

Pendaftar,

Tanda tangan asli
Diatas Materai
Rp. 6.000,-

Tanda tangan
asli

Nama Lengkap

Nama Lengkap

Catatan :

1. *) Beri tanda silang (X) pada setiap pilihan.
2. Isian ditulis dengan Huruf Balok dan menggunakan tinta hitam