



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS AIRLANGGA

PUSAT PENERIMAAN MAHASISWA BARU

Airlangga Convention Center (ACC) Kampus C Mulyorejo Surabaya 60115

Telp. (031) 5956009, 5956010, 5956013 Fax. (031) 5956027

Email: info@ppmb.unair.ac.id Website: www.ppmb.unair.ac.id

SURAT PERNYATAAN

**KESEDIAAN DAN KESANGGUPAN MEMBAYAR SUMBANGAN
PENINGKATAN DAN PENGEMBANGAN PENDIDIKAN (SP3)
PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS 2 (SUB SPESIALIS)
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama : _____

Alamat : _____

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup dengan sukarela membayar Sumbangan Peningkatan dan Pengembangan Mutu Pendidikan (SP3) Program Spesialis 2 (Sub Spesialis) Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, sesuai dengan Peraturan Rektor yang berlaku, yaitu:

Program Studi : _____

Sebesar : _____

Terbilang : _____

Yang akan dilunasi pada saat mendaftar ulang sebagai mahasiswa baru.

Demikian pernyataan kesediaan ini saya buat tanpa paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, _____
Pelamar



(nama & tanda tangan)