



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 GIGI SPESIALIS
FAKULTAS KEDOKTERAN GIGI 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 Pendidikan Dokter Gigi Spesialis Fakultas Kedokteran Gigi 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)