



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI ILMU BEDAH

Departemen – SMF Ilmu Bedah FKUA – RSUD Dr. Soetomo
Jl. Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6 – 8 Surabaya 60286
Telp. 031-5501327, Faks. 031-5049256 E-mail: prodibedahfkua@gmail.com

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini:

Nama :
Tempat/Tgl_Lahir :
NIK :
Alamat :
No HP :

menyatakan akan mengikuti kursus ATLS dan BSS for GP apabila diterima sebagai PPDS I di Program Studi Ilmu Bedah.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

.....,2020

Yang membuat pernyataan,

Meterai Rp. 6000

.....
Nama Lengkap