

**SURAT PERNYATAAN**

**BERSEDIA TIDAK MENGEMBALIKAN BIAYA BILA MENGUNDURKAN DIRI / DINYATAKAN GUGUR**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Orang Tua :

Pekerjaan :

Alamat :

Adalah orang tua dari calon mahasiswa

Nama :

Tempat/Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin :

Nomor Pendaftaran :

Program Studi Pilihan :

Dengan ini menyatakan bersedia tidak dikembalikan semua biaya yang telah dibayarkan, apabila anak kami mengundurkan diri atau dinyatakan gugur karena alasan apapun sebagai Calon Mahasiswa Politeknik Kesehatan Kemenkes Kaltim TA. 2016/2017.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

....., ..... 2016

Yang membuat pernyataan

Orang tua/Wali Calon Mahasiswa

(.....)