

**SURAT PERNYATAAN  
KESEDIAAN DAN KESANGGUPAN MEMBAYAR  
UANG KULIAH TUNGGAL (UKT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sebagai Wali Calon Mahasiswa dari:

Nama : \_\_\_\_\_

Lulusan : \_\_\_\_\_

dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup dengan sukarela membayar Uang Kuliah Tunggal (UKT) Program Studi Profesi Apoteker (PSPA) Jurusan Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, sesuai dengan Peraturan Rektor yang berlaku, yaitu:

Sebesar : **Rp. 18.000.000,-** /semester

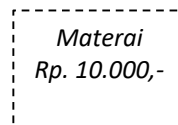
Terbilang : Delapan Belas Juta Rupiah

yang akan dilbayarkan penuh pada saat mendaftar ulang sebagai mahasiswa baru.

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

Calon Mahasiswa

Malang, \_\_\_\_\_  
Wali,



\_\_\_\_\_  
(nama & tanda tangan)

\_\_\_\_\_  
(nama & tanda tangan)