



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK

Jalan Veteran, Malang 65145, Jawa Timur – Indonesia
Telp. (62)(341) 551611; 569117; 567192 Pes. 213, 214 – Fax. (62)(341) 564755
E-mail: sekr.fk@ub.ac.id Website: <http://biomedical.fk.ub.ac.id>

**PERNYATAAN TENTANG SUMBER BIAYA PENDIDIKAN
PROGRAM MAGISTER ILMU BIOMEDIK**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama Lengkap dan Gelar :
2. Tempat dan Tanggal Lahir :,-.....-.....
3. Instansi :
4. NIP :
5. Pangkat/Golongan :
6. Alamat Instansi :
7. Telp/HP/Fax :/...../.....
8. Email :

Menyatakan bahwa, jika saya telah diterima sebagai mahasiswa Program Magister Ilmu Biomedik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya maka,

- Saya bersedia menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar.
- Instansi saya menanggung seluruh biaya pendidikan selama belajar
- Seluruh biaya pendidikan selama belajar akan ditanggung oleh pemberi beasiswa/sponsor, yaitu
(sebutkan)
- Saya berharap memperoleh beasiswa dari

Menyetujui:
Orang tua/Pimpinan Instansi/Lembaga/Sponsor

....., , ,

Calon Mahasiswa,

Materai
Rp 10.000,-

.....
Nama terang, tandatangan, dan stempel

.....
Nama terang dan tandatangan

Catatan : Tulis dengan huruf balok dan sebaiknya menggunakan tinta hitam