

**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 Pendidikan Profesi Apoteker (PSPA) Departemen 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)