

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

NIK. :

Asal Perguruan Tinggi :

Dengan ini menyatakan bahwa saya bersedia ditempatkan di lokasi Praktik Kerja Profesi Apoteker (PKPA) manapun, sesuai dengan lokasi yang ditetapkan oleh Program Studi Pendidikan Profesi Apoteker Departemen Farmasi Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya, dan bersedia menerima segala konsekuensi apabila di kemudian hari terbukti ada pernyataan yang tidak benar.

Calon Mahasiswa

*Materai*  
*Rp. 10.000,-*

---