

**SURAT PERNYATAAN**

**KESEDIAAN DAN KESANGGUPAN MEMBAYAR BIAYA PENDIDIKAN  
PER SEMESTER PROGRAM PENDIDIKAN DOKTER SPESIALIS  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS SYIAH KUALA**

Yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :  
Alamat :

Dengan ini menyatakan bersedia dan sanggup membayar Biaya Kuliah Tunggal per semester selama menjalani pendidikan Program Pendidikan Dokter Spesialis di Fakultas Kedokteran Universitas Syiah Kuala, sesuai dengan ketentuan yang telah ditetapkan, yaitu:

Sebesar : Rp. 18.500.000  
Terbilang : Delapan Belas Juta Lima Ratus Ribu Rupiah.

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

Banda Aceh, \_\_\_\_\_  
Pelamar,



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