**SURAT PERNYATAAN KESANGGUPAN MEMBAYAR UANG STUDI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama Lengkap :

Program Studi : Kesehatan Masyarakat Program Magister

Fakultas : Kedokteran

Universitas : Universitas Islam Indonesia

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya bersedia dan sanggup membayar seluruh biaya studi yang telah ditetapkan oleh Fakultas Kedokteran UII untuk program studi yang saya pilih, yaitu Program Studi Kesehatan Masyarakat Program Magister.

Saya juga memahami bahwa biaya studi dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan kebijakan yang ditetapkan oleh universitas.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya dan tanpa adanya paksaan dari pihak manapun. Surat pernyataan ini berlaku sejak tanggal dibuat.

Tempat, Tanggal

Yang membuat pernyataan,

Materai 10.000

[Tanda Tangan]

[Nama Lengkap]