

**SURAT PERNYATAAN**  
**KESANGGUPAN MENGIKUTI PENDIDIKAN PROGRAM STUDI PROFESI**  
**APOTEKER**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :

Alamat :

Jabatan :

Instansi: :

Menyatakan bahwa saya sanggup mengikuti Pendidikan Profesi Apoteker di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri, dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Sanggup mengikuti pembelajaran Pendidikan Profesi Apoteker di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri
2. Menaati seluruh peraturan yang telah ditentukan oleh Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri
3. Sanggup menyelesaikan seluruh administrasi biaya Pendidikan sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk memenuhi persyaratan mengikuti Pendidikan Profesi Apoteker di Institut Ilmu Kesehatan Bhakti Wiyata Kediri.

Kota, tanggal

Yang Membuat Pernyataan

Materai Rp 6.000
---------------------

Ttd

(Nama terang)