

	FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah	No. Dokumen	Form-SA-K-PSPD-074
		Tgl Berlaku	01 Agustus 2021
	PERMOHONAN DISPENSASI PEMBAYARAN PRODI PROFESI DOKTER	No. Revisi	00
		Halaman	1 dari 2

Kepada Yth :
 Wakil Dekan II Fakultas Kedokteran
 UNISSULA
 Di Semarang

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Orang Tua/Wali : _____
 Alamat : _____
 No. Telp/Hp Aktif : _____

selaku orang tua dari mahasiswa:

Nama Mahasiswa : _____
 NIM : _____
 No. Telp/Hp Aktif : _____

Bermaksud mengajukan permohonan keringanan biaya SPP sebagai berikut :

Tagihan Belum Lunas (Rp.) : _____
 Usulan Perubahan Cicilan Tagihan : _____

TAHAP	NOMINAL (Rp.)	AKAN DIBAYARKAN PADA TANGGAL
	Rp.	
	Rp.	
	Rp.	
	Rp.	
	Rp.	

Alasan Permohonan Perubahan Cicilan :

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wa'alaikumsalam Wr. Wb.

KETERANGAN : <ul style="list-style-type: none"> • HALAMAN 1 : DIISI OLEH ORANG TUA/WALI MAHASISWA • HALAMAN 2 : DIISI OLEH WAKIL DEKAN 2

Semarang,
 Orang Tua Mahasiswa,
 Materai Rp. 10.000,-
 (.....)
 TTD & nama terang

	FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah	No. Dokumen	Form-SA-K-PSPD-074
		Tgl Berlaku	01 Agustus 2021
	PERMOHONAN DISPENSASI PEMBAYARAN PRODI PROFESI DOKTER	No. Revisi	00
		Halaman	2 dari 2

TANGGAPAN/PERSETUJUAN WAKIL DEKAN II :

DISPOSISI KEPADA :

1. ADMIN KEUANGAN PSPD
2. LAINNYA :

Wakil Dekan II,

(.....)