

	FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah	No. Dokumen	Form-SA-K-PSPD-074
		Tgl Berlaku	13 Februari 2024
	PERMOHONAN DISPENSASI PEMBAYARAN PROGRAM STUDI PROFESI DOKTER	No. Revisi	01
		Halaman	1 dari 1

Kepada Yth :

Prof. Dr. H. Gunarto, SH., M.Hum.

Rektor Universitas Islam Sultan Agung

Di Tempat

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Orang Tua/Wali :

Alamat :

No. Telp/Hp Aktif :

Selaku orang tua dari mahasiswa,

Nama Mahasiswa :

NIM :

Semester :

Periode Masuk Koass (Kepaniteraan Klinik) :

No. Telp/Hp Aktif :

Bermaksud mengajukan permohonan dispensasi pembayaran SPP sebagai berikut :

Jumlah Tagihan SPP yang harus dibayarkan : Rp.....,- (yang seharusnya jatuh tempo pada tanggal....., bulan....., tahun.....)

Usulan Perubahan Cicilan Tagihan SPP :

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

Alasan Permohonan Perubahan Cicilan :

Bersama permohonan surat ini juga kami lampirkan fotokopi kartu keluarga (KK) sebagai syarat wajib permohonan dispensasi pembayaran SPP. Demikian permohonan kami, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wa'alaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh

Mengetahui,

Semarang,.....

Orang Tua Mahasiswa,

Materai Rp. 10.000,-

(dr. Ulfah Indriyani, M.Sc)

Wakil Dekan II Fakultas Kedokteran

(.....)

TTD & nama terang