

Surat Pernyataan

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama Mahasiswa : APRILLIA CHRISKA DIYANTI
NIM : 2231008
Prodi : D-3 Farmasi
Nama Perguruan Tinggi : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Nasional

Menyatakan untuk berkomitmen mengikuti program MBKM BKP Pertukaran Pelajar yang diselenggarakan oleh:

Nama Mitra : Universitas Setia Budi
Nama Program : Pertukaran Mahasiswa Program Diploma Farmasi
Lokasi Kegiatan : USB
Periode Pelaksanaan : Jl. Letjend Sutoyo Mojosongo Surakarta 57127
: 1 September 2024 - 28 Februari 2025

Apabila saya membatalkan keikutsertaan program ini, maka saya bersedia untuk menerima sanksi akademik dari perguruan tinggi sesuai ketentuan yang berlaku.

Demikian surat pernyataan ini saya buat sebenar-benarnya tanpa paksaan dari pihak manapun.

Surakarta, 26 Juli 2024

Hormat saya,



Aprillia Chriska Diyanti
NIM. 2231008