



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah

No. Dokumen FORM-SA-K-PS.KED-17

Tgl Berlaku 15 Oktober 2020

**PERMOHONAN DISPENSASI
PEMBAYARAN BIAYA ADMINISTRASI**

No. Revisi 02

Halaman 1 dari 2

Kepada Yth : Wakil Dekan II
Fakultas Kedokteran UNISSULA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama Orang tua/Wali: _____

Alamat : _____

No. Telp : _____

selaku orang tua dari mahasiswa:

Nama Mahasiswa : _____

NIM : _____

Bermaksud mengajukan permohonan dispensasi (waktu mundur pembayaran) sebagai berikut :

No.	Jenis Pembayaran (DPI/UKT)	Semester	Tahap ke- (1,2...dst)	Nominal (Rp.)	Batas waktu dispensasi (tanggal akan melakukan pembayaran)

Alasan pengajuan dispensasi : _____

Demikian permohonan kami, atas perhatiannya diucapkan terima kasih.

Wa'alaikumsalam Wr. Wb.

Semarang,

Orang Tua Mahasiswa,

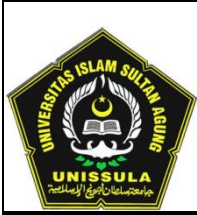
Materai Rp. 10.000,-

(.....)

TTD & nama terang

KETERANGAN :

- HALAMAN 1 : DIISI OLEH ORANG TUA/WALI MAHASISWA
- HALAMAN 2 : DIISI OLEH WAKIL DEKAN 2



FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
Jl. Kaligawe Km. 4, Semarang 50112, Jawa Tengah

No. Dokumen FORM-SA-K-PS.KED-17

Tgl Berlaku 15 Oktober 2020

PERMOHONAN DISPENSASI
PEMBAYARAN BIAYA ADMINISTRASI

No. Revisi 02

Halaman 2 dari 2

TANGGAPAN/PERSETUJUAN WAKIL DEKAN II :

DISPOSISI KEPADA :

- SEKPRODI PS.KED
- KEUANGAN PS.KED
- LAINNYA :

Wakil Dekan II FK UNISSULA,

(.....)