



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN
SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN BANJARMASIN



Jalan Haji Mistar Cokrokusumo No. 1A Banjarbaru 70714
Telp. (0511) 4773267 – 4780516 – 4781619 Fax. (0511) 4772288
e-mail : poltekkes_banjarmasin@yahoo.co.id, kepeg_poltekesbjm@yahoo.co.id
Kesehatan Lingkungan (0511) 4781131 ; Keperawatan (0511) 4772517 ; Kebidanan (0511) 4772517
Gizi (0511) 4368621 ; Keperawatan Gigi (0511) 4781356 ; Analis Kesehatan (0511) 4772718

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :
Tempat, tanggal lahir :
Agama :
Asal SMA/SMU/SMK/MA :
Alamat rumah :

Kodepos :

No. Telp / HP :
No. Telp / HP Orang Tua :

Dengan ini menyatakan bahwa :

1. Bersungguh-sungguh dan berminat mengikuti pendidikan pada program studi yang dipilih serta bersedia menaati seluruh peraturan yang berlaku pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Banjarmasin.
2. Bersedia menanggung sendiri seluruh biaya selama mengikuti pendidikan pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Banjarmasin.
3. Tidak menuntut penggantian/pengembalian biaya yang dikeluarkan dalam hubungannya dengan registrasi maupun kegiatan pendidikan pada Politeknik Kesehatan Kemenkes Banjarmasin.
4. Tidak mempunyai cacat fisik (buta warna, pincang, bertato, bertindik, sumbing, sengau, juling, epilepsi, dsb.)

Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Mengetahui/Menyetujui
Orang Tua / Wali

....., 20.....
Yang membuat pernyataan

Materai 10.000

(.....)

(.....)