

SURAT KUASA

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a :

Tempat / Tanggal Lahir :

N I M :

Jenjang Pendidikan : (centang yang diperlukan)

☐	Program Studi Terapi Gigi Program Sarjana Terapan
☐	Program Studi Kesehatan Gigi Program Diploma Tiga
☐	Program Studi Terapi Gigi Program Sarjana Terapan Alih Jenjang
☐	Program Studi Kesehatan Gigi Program Diploma Tiga RPL
☐	

Alamat Sesuai KTP :

No. HP / No. WA yang bisa dihubungi :

===== Selanjutnya disebut sebagai PIHAK PERTAMA =====

N a m a :

N I K :

Alamat Sesuai KTP :

Hubungan dengan PIHAK PERTAMA : Suami / Istri / Orang Tua Kandung / Teman / (lingkari)

N I M :

Jenjang Pendidikan : (centang yang diperlukan)

☐	Program Studi Terapi Gigi Program Sarjana Terapan
☐	Program Studi Kesehatan Gigi Program Diploma Tiga
☐	Program Studi Terapi Gigi Program Sarjana Terapan Alih Jenjang
☐	Program Studi Kesehatan Gigi Program Diploma Tiga RPL
☐	

No. HP / No. WA yang bisa dihubungi :

===== Selanjutnya disebut sebagai PIHAK KEDUA =====,
untuk mengambil berkas / paket / barang / uang :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Milik PIHAK PERTAMA di Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya Jurusan Kesehatan Gigi Jl. Pucang Jajar Selatan No. 24 Surabaya. Segala Tanggung Jawab akan ditanggung penuh oleh PIHAK KEDUA sebagai pengambil berkas / paket / barang / uang, kerusakan maupun kehilangan berkas / paket / barang / uang tersebut tidak akan menuntut pihak dari Institusi (Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya Jurusan Kesehatan Gigi) apabila terjadi kerusakan maupun kehilangan yang diakibatkan kelalaian dari PIHAK KEDUA.
Demikian surat kuasa ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

PIHAK KEDUA,

PIHAK PERTAMA,

Materai Rp. 10.000,-

(.....) (.....)
**** Dilampirkan fotocopy KTP PIHAK PERTAMA dan PIHAK KEDUA ****