**Surat Pernyataan Ujian Terbuka / Seminar Tesis**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama | : |  |
| NIM | : |  |
| Minat | : | Saintek/Farmasi Klinik/Manajemen Farmasi\* |
| Judul Tesis | : |  |

Menyatakan kesediaannya untuk melakukan:

**Ujian Terbuka/Seminar Tesis paling lambat dilaksanakan**

**Dua (2) Bulan Setelah Ujian Tertutup.**

Apabila terhitung dua bulan setelah ujian tertutup belum dapat dilaksanakan Ujian Terbuka/Seminar Tesis, kami sanggup melaksanakan Ujian Tertutup Ulang dengan segala konsekuensi tentang pelaksanaan Ujian tersebut yang timbul dibebankan kepada kami.

Mengetahui: Yogyakarta,

Ketua Program Studi S2 Ilmu Farmasi Yang menyatakan kesediaan

Dr. apt. Riris Istighfari Jenie, MSi. .......................................................

NIP. 198103222008012009 NIM.