

BUKTI PEMBAYARAN UJIAN KHUSUS

Nama :

NIM Profesi :

No.HP :

Tingkat : Profesi Dokter

No.	Untuk Pembayaran Ujian Khusus Di Laboratorium	Biaya	Nominal
	(Lingkari No. Lab. yang Anda pilih)		(Tulis nominal sesuai yang anda pilih/sesuai kolom biaya)
1	Ilmu Penyakit Dalam	Rp 125.000	Rp.
2	IKM-KP	Rp 125.000	Rp.
3	Ilmu Bedah	Rp 125.000	Rp.
4	Ilmu Kesehatan Anak	Rp 125.000	Rp.
5	Obstetri-Ginekologi	Rp 125.000	Rp.
6	Neurologi	Rp 125.000	Rp.
7	Psikiatri	Rp 125.000	Rp.
8	Ilmu Kedokteran Forensik	Rp 125.000	Rp.
9	Ilmu Kesehatan THT-KL	Rp 125.000	Rp.
10	Ilmu Kesehatan Mata	Rp 125.000	Rp.
11	Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin	Rp 125.000	Rp.
12	Radiologi	Rp 125.000	Rp.
13	Kedokteran Keluarga	Rp 125.000	Rp.
14	Anestesiologi & Terapi Intensif	Rp 125.000	Rp.
15	Ilmu Kedokteran Emergensi	Rp 125.000	Rp.
16	Ilmu Kedokteran Fisik & Rehabilitasi	Rp 125.000	Rp.
17	Pulmonologi & Kedokteran Respirasi	Rp 125.000	Rp.
18	Kardiologi	Rp 125.000	Rp.
JUMLAH			Rp.

Terbilang :

Tanggal Setoran :

ttd
Peserta Ujian Khusus

ttd
Petugas Penerima

.....
NIM.

.....

*Harap membawa bukti pembayaran ini saat melakukan pembatalan Ujian Khusus

BUKTI PEMBAYARAN UJIAN KHUSUS

Nama :

NIM Profesi :

No.HP :

Tingkat : Profesi Dokter

No.	Untuk Pembayaran Ujian Khusus Di Laboratorium	Biaya	Nominal
	(Lingkari No. Lab. yang Anda pilih)		(Tulis nominal sesuai yang anda pilih/sesuai kolom biaya)
1	Ilmu Penyakit Dalam	Rp 125.000	Rp.
2	IKM-KP	Rp 125.000	Rp.
3	Ilmu Bedah	Rp 125.000	Rp.
4	Ilmu Kesehatan Anak	Rp 125.000	Rp.
5	Obstetri-Ginekologi	Rp 125.000	Rp.
6	Neurologi	Rp 125.000	Rp.
7	Psikiatri	Rp 125.000	Rp.
8	Ilmu Kedokteran Forensik	Rp 125.000	Rp.
9	Ilmu Kesehatan THT-KL	Rp 125.000	Rp.
10	Ilmu Kesehatan Mata	Rp 125.000	Rp.
11	Ilmu Kesehatan Kulit & Kelamin	Rp 125.000	Rp.
12	Radiologi	Rp 125.000	Rp.
13	Kedokteran Keluarga	Rp 125.000	Rp.
14	Anestesiologi & Terapi Intensif	Rp 125.000	Rp.
15	Ilmu Kedokteran Emergensi	Rp 125.000	Rp.
16	Ilmu Kedokteran Fisik & Rehabilitasi	Rp 125.000	Rp.
17	Pulmonologi & Kedokteran Respirasi	Rp 125.000	Rp.
18	Kardiologi	Rp 125.000	Rp.
JUMLAH			Rp.

Terbilang :

Tanggal Setoran :

ttd
Peserta Ujian Khusus

ttd
Petugas Penerima

.....
NIM.

.....