



**FORMULIR KESEDIAAN  
MENJADI MAHASISWA ASUH PROGRAM AYUN AMBING  
IKA UNPAD  
KOMISARIAT FAKULTAS KEDOKTERAN**

---

Yang bertandatangan di bawah ini

Nama :

NIM :

Angkatan :

Nomor HP :

Alamat Domisili :

Alamat Orang Tua :

dengan ini menyatakan sanggup menjadi mahasiswa asuh program ayun ambing IKA FK dengan menaati segala aturan dan ketentuan yang diberlakukan oleh pengelola program.

Yang bertandatangan,

(Nama Jelas)