

**PENGANTAR PEMBAYARAN  
INHAL PRAKTIKUM BIOMEDIK**

Nama : .....

NIM : .....

Prodi : PSPD

Untuk pembayaran biaya inhal :

No	Laboratorium	Topik	Satuan	TTD
			Rp. 100.000	

Yogyakarta, .....20....

Bagian Keuangan

Mahasiswa

.....

.....

\* 1. Putih untuk Admin, 2. Hijau untuk Bank, 3. Merah untuk Mahasiswa