

**FORMAT 5**

**SURAT PERNYATAAN**

Yang bertanda tangan ini dibawah ini :

Nama Lengkap  
(tanpa gelar)

No. KTP

Nomor KTA PDGI

Nomor Registrasi STR

Ijazah Terakhir  Dokter Gigi  Dokter Gigi Spesialis

Nomor Ijazah

Tanggal Ijazah  
Tgl Bln Tahun

Nama Universitas

Alamat Rumah : Jalan

RT  RW

Kelurahan

Kecamatan

Kabupaten/Kota   
**(Coret Kab/Kota yang tidak dipilih)**

Provinsi

Kode Pos

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya akan mematuhi dan melaksanakan ketentuan etika profesi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya.

.....  
(nama tempat/kota) (tanggal bulan tahun surat pernyataan dibuat)

Yang membuat pernyataan

Ditandatangani  
melintas  
di atas Meterai  
Rp. 6.000,-

.....  
(nama lengkap yang membuat pernyataan)