

Kementerian Pendidikan Nasional
UNIVERSITAS SUMATERA UTARA

dengan ini menyatakan bahwa :

[Nama Mahasiswa]

NIM : **[Nomor Induk Mahasiswa]**

Lahir di **Kuala Lumpur**, tanggal **[Tanggal Lahir]**
telah menyelesaikan dengan baik dan memenuhi segala syarat pada
bidang keahlian **Kedokteran**
Fakultas **Kedokteran**

oleh sebab itu kepadanya diberikan sebutan Profesi

Dokter

beserta segala hak dan kewajiban yang melekat pada gelar tersebut.
Diberikan di Medan pada tanggal **10 September 2010**

DEKAN



Prof. dr. Guntur A. Siregar, SpPD-KGEH

NIP 19540220 198011 1 001

[FOTO]

REKTOR



Prof. Dr. dr. Syahril Pasaribu, DCM&H, M.Sc (CCM), Sp. A (R)

NIP 19500210 197811 1 001