

## FORMULIR KONFIRMASI PROGRAM PEDULI PENDIDIKAN APPI

---

No. Fax APPI: 2982 0191

E-Mail: [sekretariat@ifsa.or.id](mailto:sekretariat@ifsa.or.id)

Kami yang bertandatangan di bawah ini menyetujui untuk ikut berpartisipasi sebagai mitra dalam Program Peduli Pendidikan APPI:

Nama Perusahaan: \_\_\_\_\_

Alamat: \_\_\_\_\_

Telp. /Fax: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nama PIC/ Email: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adapun Paket Kemitraan yang dipilih adalah: (Beri tanda ✓ pada paket yang dipilih)

- Paket 1:**
- Nilai kemitraan minimal Rp 100 juta
  - Mendapat hak eksklusif beasiswa selama 2 tahun untuk 1 anak karyawan yang memenuhi syarat

- Paket 2 :**
- Nilai kemitraan minimal Rp 50 juta
  - Mendapat hak eksklusif beasiswa selama 1 tahun untuk 1 anak karyawan yang memenuhi syarat

Tanda Tangan: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_

**\*\*\* Formulir ini mohon dikembalikan kepada APPI melalui email [sekretariat@ifsa.or.id](mailto:sekretariat@ifsa.or.id) atau fax no 2982 0191 \*\*\***