

FORMULIR KONFIRMASI PROGRAM PEDULI PENDIDIKAN APPI

No.Fax APPI: 2982 0191
E-Mail: 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 fax no 2982 0191 atau email sekretariat@ifsa.or.id***