UNIVERSITAS KOMPUTER INDONESIA
PROGRAM STUDI SISTEM INFORMASI

KAMPUS I : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2504119, 2533603 BANDUNG 40132
KAMPUS II : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2533676, 2506634 BANDUNG 40132
KAMPUS III : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2503624, FAX. 2533754 BANDUNG 40132
KAMPUS IV : JL. DIPATIUKUR 112 TELP. (022) 2506553, 2508412 BANDUNG 40132

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN



Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama	: ERICK TRI ALFARIS
NIM	: 10512158
Program Studi	: SISTEM INFORMASI
Jenjang	: Program Sarjana (Strata - I)
Judul	: SISTEM INFORMASI PELAYANAN PASIEN KLINIK GIGI BMS (BINA MASYARAKAT SEHAT) BANDUNG

Menyatakan bahwa segala yang bertuang dalam penelitian ini adalah betul-betul ide dan hasil penelitian asli dari saya. Bukan hasil plagiat atau hasil meniru ide, hasil pemikiran atau buah karya orang lain.

Jika di kemudian hari terbukti bahwa pernyataan saya ini tidak benar, maka saya bersedia menerima segala sanksi hukum yang di berikan dari pihak akademik ataupun pihak lain yang berwenang tanpa melibatkan siapapun.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Bandung, Februari 2017

Yang Menyatakan,



ERICK TRI ALFARIS

10512158