



# FARMASI CUP 2017

KOMPETISI FUTSAL DAN BASKET  
ANTAR FAKULTAS KESEHATAN  
TINGKAT NASIONAL

## FARMASI CUP 2017 BASKETBALL COMPETITION

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jabatan :

No. Telepon/ No.Hp :

Dengan ini mendaftarkan tim Basket yang berada di bawah tanggung jawab saya untuk menjadi peserta dalam Farmasi Cup 2017-Basketball Competition dan bersedia mematuhi segala peraturan yang berlaku di dalam Farmasi Cup 2017- Basketball Competition:

Nama Universitas/ Akademi :

Jurusan/ Fakultas :

Email :

Jumlah Peserta : a.) Pemain : orang

b.) Pelatih : orang

c.) Official : orang

Pengalaman Kejuaraan dan Prestasi Tim Futsal:

1. ....

2. ....

Tempat tinggal di Yogyakarta: a) Rumah Kerabat b) Hotel/ Penginapan c) Pulang pergi

.....2017

Penanggung Jawab,

.....

JL. MEDIKA, SEKIP UTARA,  
YOGYAKARTA.

TELP. (0274) 902563  
FAX. (0274) 543120

TWITTER : @FARMASICUP

EMAIL : FARMASICUP@GMAIL.COM

WEBSITE : FARMASICUP.FARMASI.UGM.AC.ID



# FARMASI CUP 2017

KOMPETISI FUTSAL DAN BASKET  
ANTAR FAKULTAS KESEHATAN  
TINGKAT NASIONAL

## FORMULIR PENDAFTARAN FARMASI CUP 2017-BASKETBALL COMPETITION

JURUSAN/ FAKULTAS :

:

CP

:

NO	BIODATA	FOTO*
1	<b>Pelatih</b> Nama* : Tempat, tanggal lahir : Alamat : No. Telepon* : Email :	
2	<b>Manager</b> Nama* : Tempat, tanggal lahir : Alamat : No. Telepon* : Email :	
3	<b>Official</b> Nama* : Tempat, tanggal lahir : Alamat : No. Telepon* : Email :	
4	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	

JL. MEDIKA, SEKIP UTARA,  
YOGYAKARTA.

TELP. (0274) 902563  
FAX. (0274) 543120

TWITTER : @FARMASICUP

EMAIL : FARMASICUP@GMAIL.COM

WEBSITE : FARMASICUP.FARMASI.UGM.AC.ID



# FARMASI CUP 2017

KOMPETISI FUTSAL DAN BASKET  
ANTAR FAKULTAS KESEHATAN  
TINGKAT NASIONAL

5	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
6	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
7	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
8	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
9	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	

JL. MEDIKA, SEKIP UTARA,  
YOGYAKARTA.

TELP. (0274) 902563  
FAX. (0274) 543120

TWITTER : @FARMASICUP

EMAIL : FARMASICUP@GMAIL.COM

WEBSITE : FARMASICUP.FARMASI.UGM.AC.ID



# FARMASI CUP 2017

KOMPETISI FUTSAL DAN BASKET  
ANTAR FAKULTAS KESEHATAN  
TINGKAT NASIONAL

10	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
11	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
12	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
13	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	
14	Nama* : Tempat, tanggal lahir* : No. Punggung* : Alamat : Email : Angkatan :	

JL. MEDIKA, SEKIP UTARA,  
YOGYAKARTA.

TELP. (0274) 902563  
FAX. (0274) 543120

TWITTER : @FARMASICUP

EMAIL : FARMASICUP@GMAIL.COM

WEBSITE : FARMASICUP.FARMASI.UGM.AC.ID



# FARMASI CUP 2017

KOMPETISI FUTSAL DAN BASKET  
ANTAR FAKULTAS KESEHATAN  
TINGKAT NASIONAL

15	Nama* :	
	Tempat, tanggal lahir* :	
	No. Punggung* :	
	Alamat :	
	Email :	
	Angkatan :	

\*WAJIB DIISI

JL. MEDIKA, SEKIP UTARA,  
YOGYAKARTA.

TELP. (0274) 902563  
FAX. (0274) 543120

TWITTER : @FARMASICUP

EMAIL : FARMASICUP@GMAIL.COM

WEBSITE : FARMASICUP.FARMASI.UGM.AC.ID