



FARMASI CUP 2017

KOMPETISI FUTSAL DAN BASKET
ANTAR FAKULTAS KESEHATAN
TINGKAT NASIONAL

FARMASI CUP 2017 FUTSAL COMPETITION

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Jabatan :

No. Telepon/ No.Hp :

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

JURUSAN/ FAKULTAS : _____ :

CP : _____ :

NO	BIODATA	FOTO*
1	Pelatih Nama* : _____ Tempat, tanggal lahir : _____ Alamat : _____ No. Telepon* : _____ Email : _____	
2	Manager Nama* : _____ Tempat, tanggal lahir : _____ Alamat : _____ No. Telepon* : _____ Email : _____	
3	Official 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