IKATAN DOKTER INDONESIA CABANG JAKARTA BARAT
(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION WEST JAKARTA BRANCH)
Perkantoran Aries Niaga Blok A1/2N
Jl. Taman Aries, Kel.Meruya, Kec. Kembangan, Jakarta Barat 11620 Indonesia
Telp. : +62 21 58906956, Fax. : +62 21 5890 6957,
Email : idijakbar@gmail.com, Website : www.idijakbar.org

FORMULIR PENDAFTARAN ANGGOTA BARU / DAFTAR ULANG / MUTASI*)

Dengan Hormat,

Bersama ini saya mengajukan permohonan mendaftar baru / daftar ulang / mutasi * sebagai anggota IDI dan saya bersedia menaati AD/ART dan ketentuan-ketentuan organisasi IDI

Adapun data-data mengenai diri saya sbb : (ISI DENGAN HURUF BALOK)

I. Data Pribadi

1. Nama Lengkap : ……..
   ……..
2. Jenis Kelamin : Pria /Wanita)*
3. Warga Negara : ……..
4. Agama : ……..
5. Tempat/Tanggal Lahir : ……..
6. Kartu Identitas : KTP/SIM/PASPORT)*
7. No. Kartu : ……..
8. Alamat : ……..
   (sesuai dengan Identitas) ……..
   ……..
   RT …….. RW …….. Kode Pos ……
9. Provinsi : ……..
10. Kabupaten/Kota : ……..
11. Kecamatan : ……..
12. Kelurahan : ……..
13. Alamat : ……..
    (Korespondensi) ……..
    ……..
    RT …….. RW …….. Kode Pos ……
14. Provinsi : ……..
15. Kabupaten/Kota : ……..
16. Kecamatan : ……..
17. Kelurahan : ……..
18. Telpon Rumah : ……..
19. Handphone I : ……..
20. Handphone II : ……..
21. Email : ……..
22. Nama Istri / Suami : ……..

II. Data Tempat Praktek

1. Tempat Praktek I

Nama Tempat Praktek: ……..
Nomor SIP : ……..
Alamat : ……..
……..

2. Tempat Praktek II

Nama Tempat Praktek: ……..
Nomor SIP : ……..
Alamat : ……..
……..

3. Tempat Praktek III

Nama Tempat Praktek: ……..
Nomor SIP : ……..
Alamat : ……..
……..

IKATAN DOKTER INDONESIA CABANG JAKARTA BARAT
(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION WEST JAKARTA BRANCH)
Perkantoran Aries Niaga Blok A1/2N
Jl. Taman Aries, Kel.Meruya, Kec. Kembangan, Jakarta Barat 11620 Indonesia
Telp. : +62 21 58906956, Fax. : +62 21 5890 6957,
Email : idijakbar@gmail.com, Website : www.idijakbar.org

III. Data Pendidikan

1. Jenjang Terakhir : S1 / S2 / S3)*
2. Universitas Dokter Umum : ……..……...
3. Tanggal Lulus : ……..……...
4. Nomor Ijazah : ……..……...
5. Universitas Dokter Spesialis/ S2 : ……..……...
6. Tanggal Lulus : ……..……...
7. Nomor Ijazah : ……..……...
8. Pendidikan Tambahan : ……..……...
9. Tanggal Lulus : ……..……...
10. Nomor Ijazah : ……..……...
11. Nomor STR : ……..……...
12. Masa Berlaku STR : ……..……...
13. Nomor Sertifikat Kompetensi : ……..
14. Masa Berlaku Sertifikat Kompetensi : ……..

IV. Data Pekerjaan

1. Status : PNS / SWASTA / TNI / POLRI / PENSIUNAN)*
2. Nama Institusi : ……..……...
3. Alamat Institusi : ……..……..
   ……..……...
4. Telepon : ……..……...

V. Data Keanggotaan

1. IDI Wilayah : ……..……...
2. IDI Cabang : ……..……...
3. NPA IDI : ……..……...

Jakarta, ……

Hormat Saya,	Mengetahui / Menyetujui Pengurus IDI Cabang Jakarta Barat	Mengetahui Ketua IDI Pengurus Besar IDI
(……..……)	(……..……)	(……)
Tanda Tangan/ Nama Jelas	Tanda Tangan/ Nama Jelas/ Stempel	Tanda Tangan/ Nama Jelas/ Stempel

Keterangan :)* Lingkari yang dipilih

Lampiran :

1. **Pasfoto Latar Belakang Merah uk. 4x6 = 2 helai**
2. **Fotocopy KTP dan Surat Ket Domisili = 2 helai**
3. **Surat Keterangan Pindah Cabang = 2 helai**
4. **Fotocopy Ijazah Legalisir Dokter Umum = 2 helai**
5. **Fotocopy Ijazah Legalisir Dokter Spesialis = 2 helai**
6. **Fotocopy Ijazah Pendidikan Tambahan = 2 helai**
7. **Fotocopy Sertifikat Kompetensi = 2 helai**
8. **Fotocopy STR = 2 helai**
9. **Fotocopy SIP aktif = 2 helai**