



IKATAN DOKTER INDONESIA
(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)

CABANG JAKARTA BARAT

Sekretariat : Perkantoran Aries Niaga Blok A1 No. 2N, Jl. Taman Aries
Meruya Utara, Jakarta Barat 11620
Telp. (021) 58906956 Fax.(021) 58906957
e-mail: idijakbar@gmail.com Website: www.idijakbar.org

FORMULIR PERMOHONAN
SURAT REKOMENDASI MENGIKUTI UJI KOMPETENSI

Kepada Yth,
Sejawat Ketua IDI Cabang Jakarta Barat
Di –
Tempat

Dengan ini, saya :

Nama :
Tempat / Tanggal Lahir :
Alamat Rumah :
Alumni / Tahun :
Pekerjaan / Jabatan :
NPA IDI :
Telepon / Handphone :

Mengajukan permohonan untuk mengikuti Uji Kompetensi yang diselenggarakan oleh Kolegium Dokter Indonesia.

Saya menyatakan dengan sebenar – benarnya pada saat ini saya tidak sedang menjalani sanksi profesi atau sanksi hukum apapun.

Bersama ini kami lampirkan :

1. Foto Copy KTA IDI
2. Foto Copy KTP
3. Foto Copy Ijazah
4. Foto Copy Sertifikat Kompetensi
5. Foto Copy STR

Atas perhatian dan bantuannya, saya ucapkan terima kasih.

Jakarta,
Pemohon,

(Dr)