



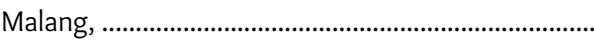
IKATAN DOKTER INDONESIA
(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)
CABANG MALANG RAYA

Jl. Tangkuban Perahu 1B – Komplek Gedung Kartini Lantai 2 Telp/Fax 353377
MALANG 65119 E-mail :idimlg@yahoo.com

FORMULIR PENDAFTARAN ANGGOTA BARU/DAFTAR ULANG/MUTASI*)

1. Nama Lengkap :
.....
2. Tempat / tgl lahir :
3. Status : KAWIN / BELUM KAWIN
4. Nama Istri / suami :
5. Alamat Rumah :
.....
Telp. HP.
.....
6. Alamat Praktik :
.....
:
.....
:
.....
7. Alamat Kantor :
.....
8. Jabatan :
.....
9. Pindahan dari IDI Cabang :
.....
10. NPA PB IDI :
.....
11. NPA Cabang Malang : (Diisi oleh pegawai sekretariat IDI)
12. Hobby :
.....

Saya bersedia untuk mentaati Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga Ikatan Dokter Indonesia serta peraturan organisasi lainnya.



Pemohon

Catatan:	Uang pangkal anggota	: Rp. 100.000,-
	luran anggota	: Rp. 30.000 / bulan = Rp. 360.000,- / tahun
Lampiran	:	1. Formulir A 1 lembar
		2. FC Ijazah terakhir 1 lembar dikirim via email ke : idimlg@yahoo.com
		3. FC STR 1 lembar dikirim via email ke : idimlg@yahoo.com
		4. FC KTP 1 lembar dikirim via email ke : idimlg@yahoo.com
		5. Pas foto 4 x 6 1 lembar dikirim via email ke : idimlg@yahoo.com
		6. Surat Pindah IDI 1 lembar dikirim via email ke : idimlg@yahoo.com



IKATAN DOKTER INDONESIA
(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)
CABANG MALANG RAYA

Jl. Tangkuban Perahu 1B – Komplek Gedung Kartini Lantai 2 Telp/Fax 353377
MALANG 65119 E-mail :idimlg@yahoo.com Website : www.idimalang.org

FORMULIR PENDAFTARAN ANGGOTA BARU/DAFTAR ULANG/MUTASI*)

I. DATA PRIBADI

1. Nama Lengkap :
2. Gelar : Depan : Belakang :
3. Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan)*
4. Warga Negara : Indonesia / WNA)*, Jika WNA asal negara :
5. Agama :
6. Tempat Lahir :
7. Tanggal lahir :
8. Kartu Identitas : KTP / SIM / PASPOR)*
9. Nomor Kartu Identitas :

10. Alamat korespondensi :

.....

RT.RWKelurahan :

.....

Kecamatan :

.....

11. Kota / Kabupaten :

.....

12. Provinsi :

.....

13. Kode Pos :

.....

14. Telp. Rumah :

.....

15. Handphone I :

.....

16. Handphone II :

.....

17. E-mail :

.....

II. DATA TEMPAT PRAKTIK

18. Tempat Praktik I

Nama Tempat Praktik :

.....

Nomor SIP :

.....

Alamat :

.....

Telp. :

.....

19. Tempat Praktik II

Nama Tempat Praktik :

.....

Nomor SIP :

.....

Alamat :

.....

Telp. :

.....

20. Tempat Praktik III

Nama Tempat Praktik :

.....

Nomor SIP :
.....

Alamat :
.....

Telp. :
.....

III. DATA PENDIDIKAN

21. Jenjang Pendidikan Terakhir : S1 / S2 / S3)*
22. Asal Universitas Lulusan Dokter Umum :
.....
23. Tanggal Ijazah Dokter Umum :
.....
24. Nomor Ijazah Dokter Umum :
.....
25. Asal Universitas Lulusan Dokter Spesialis:
.....
26. Bidang Spesialis :
27. Tanggal Ijazah Dokter Spesialis :
.....
28. Nomor Ijazah Dokter Spesialis :
.....
29. No. STR :
.....
30. Masa Berlaku STR :
.....

IV. DATA PEKERJAAN

31. Status : PNS / SWASTA / POLRI / TNI / Pensiunan)*
32. Nama Institusi :
.....
33. Alamat Institusi :
.....
34. Kab / Kota :
.....
35. Provinsi :
.....
36. Telepon Kantor :
.....

V. DATA KEANGGOTAAN

37. IDI Wilayah : Jawa Timur
38. IDI Cabang : Malang Raya
39. NPA IDI :

Ket:)* Dicoret yang tidak perlu

Hormat Saya

Mengetahui / Menyetujui
Ketua IDI Cabang

Mengetahui / Menyetujui
Pengurus Besar IDI

..... **Dr. Sasmojo Widito, Sp.JP(K), FIHA,**

FAsCC, FAPSIC, FSCAI

Lampiran :

1. Pas foto 3 x 4 sebanyak 1 lembar
2. Foto kopi KTP
3. Foto kopi Ijazah Dokter Umum (bila dokter umum) sebanyak 1 lembar
4. Foto kopi ijazah Dokter Spesialis (bila dokter spesialis) sebanyak 1 lembar
5. Surat Keterangan Pindah Cabang (jika mengajukan perpindahan keanggotaan)
6. Foto kopi STR
7. Foto kopi KTA lama jika ada
8. Membayar biaya KTA Rp 50.000,-