



**IKATAN DOKTER INDONESIA
(THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION)
CABANG SALATIGA**

Sekretariat : Jl. Osamaliki No.19 Kota Salatiga Jawa Tengah 50721 Telp : (0298) 324074. Fax (0289) 321925
E-mail : idikotasalatiga@yahoo.co.id

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 mentaati AD ART IDI dan ketentuan-ketentuan organisasi IDI.

Adapun data-data mengenai diri saya sebagai berikut : **(ISI DENGAN HURUF BALOK)**

1 Nama Lengkap																						
2 Warga Negara											WANITA ☐ PRIA ☐											
3 Agama																						
4 Tempat Lahir											Tgl/Bln/Thn											
5 Alamat Rumah																						
6 Kota/Kab																						
7 Kode Pos											Telp											
8 Alamat praktek																						
9 Kota/Kab																						
10 Kode Pos											Telp											
11 Alamat Kantor																						
12 Kota/Kab																						
13 Kode Pos											Telp											
14 Jabatan di Kantor																						
15 Guru Besar/Prof :	Ya ☐		Tidak ☐		Gelar Akademik Tertinggi :										S1 ☐		S2 ☐		S3 ☐			
16 Ijazah DU di FK Univ											Tgl/Bl/Th											
17 Ijazah Sp/S2 di FK Univ											Tgl/Bl/Th											
18 Ijazah Spesialis :	Spesialis Konsultan :										Ya ☐		Tidak ☐									
19 Ijazah Doktor di Univ											Tgl/Bl/Th											
20 Nama Suami/Istri*)																						
21 Sudah pernah menjadi anggota/mutasi dari IDI cabang											Thn											
NPA IDI Pusat																						

Hormat saya

Mengetahui/Menyetujui
Pengurus IDI Cabang Salatiga
Sekretaris

Mengetahui/Menyetujui
Pengurus Besar IDI

dr. Monika Budi Putri P
NPA IDI : 127128

Catatan IDI Cabang

Catatan PB IDI

--	--



Pas foto berwarna 3x4cm lembar