



IKATAN DOKTER INDONESIA CABANG KOTA SEMARANG

Jl. Sri Rejeki Utara IV No. 2 Semarang Telp. (024) 76469132
Email : idi_cabsemarang@yahoo.com

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 sbb : (ISI DENGAN HURUF BALOK)

1. Nama lengkap
2. Warga Negara Wanita Pria
3. Agama
4. Tempat lahir Tgl/Bln/Thn
5. Alamat rumah
Kota
No. HP
Kode Pos Kode Wilayah Nomor Telepon
6. Alamat Praktek
Kota
Kode Pos Kode Wilayah Nomor Telepon
7. Alamat Kantor
Kota
Kode Pos Kode Wilayah Nomor Telepon
8. Jabatan di Kantor
9. Guru Besar / Prof. : Ya Tidak Gelar Akademik tertinggi S1 S2 S3
10. Ijazah D.U di FK. Univ Tgl/Bln/Thn