



# IKATAN DOKTER INDONESIA

( THE INDOONESIAN MEDICAL ASSOCIATION )

## CABANG TANGERANG

Komplek TU No. 2 Jl KH Hasyim Ashari Buaran Indah – Tangerang 15119  
Telp : 021-55701190 Fax : 021-55701189 E-mail : [idi\\_tangerang@yahoo.com](mailto:idi_tangerang@yahoo.com)

### FORMULIR PENDAFTARAN

### KARTU ANGGOTA BARU / DAFTAR ULANG / MUTASI

Foto 2X3	Foto 2X3
-------------	-------------

Dengan hormat,  
Bersama ini saya mengajukan permohonan ( **mendaftar baru / daftar ulang / mutasi** \* ) sebagai anggota IDI dan saya bersedia mentaati AD/ART 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 / Kab :

6. No HP :   Email : .....

7. Alamat Praktek :

Kota / Kab :  Telp :

8. Alamat Kantor :

Kota / Kab :  Telp :

9. Jabatan Dikantor : .....

10. Guru Besar / Prof : Ya  Tidak  Gelar Akademik Tertinggi : S1  S2  S3

11. Ijazah D.U di **FK. UNIV** :  Tgl/bln/thn

12. Ijazah Sp/S2 di **FK.UNIV** :  Tgl/bln/thn

13. Spesialis : .....

Spesialis Konsultan : Ya  Tidak

14. Ijazah Doktor di **UNIV** :  Tgl/bln/thn

15. Nama Suami / Istri\* :

16. Sudah pernah menjadi anggota / mutasi dari IDI Cabang .....Tahun Mutasi .....

17. NPA IDI Pusat :  No.KTA/ATM

( diisi oleh Pengurus Besar IDI )

Hormat Saya

Mengetahui / Menyetujui  
Pengurus IDI Cabang Tangerang

Mengetahui / Menyetujui  
Pengurus Besar IDI

**Melampirkan : Copi KTP 1 Lembar, Foto 2x3 2 Lembar, Copi Ijazah 1 Lembar  
Untuk PERPANJANGAN KTA harus melakukan Aktivasi ke [www.idionline.org](http://www.idionline.org)**